

Uma reflexão sobre a convivência como um dispositivo clínico no cotidiano de um
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Áurea Barbosa Pinheiro Gabriel

Brasília
Dezembro de 2015



Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES
Curso de Psicologia

Uma reflexão sobre a convivência como um dispositivo clínico no cotidiano de um
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Áurea Barbosa Pinheiro Gabriel

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Brasília como requisito
básico para obtenção do grau de psicólogo.
Professora-orientadora: Prof. Dra. Tania
Inessa Resende.

Brasília
Dezembro de 2015



Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES
Curso de Psicologia

Folha de Avaliação

Autora: Áurea Barbosa Pinheiro Gabriel

Título: Uma reflexão sobre a convivência como um dispositivo clínico no cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

Banca Examinadora:

Professora Dra. Tania Inessa Resende
Orientadora

Professor Msc. Morgana de Almeida e Queiróz
Examinadora

Dra. Juliana Garcia Pacheco
Examinadora

Brasília
Dezembro de 2015

Dedicatória

Dedico esse trabalho aos “pacientes” que foram esquecidos em manicômios, lhes roubando o direito de viver.

A adorável “família” CAPS, meus sinceros muito obrigada por terem me acompanhado nessa longa caminhada, vocês foram parte fundamental para realização desse trabalho.

A memorável Laila, por ter confiado e acreditado no meu sonho, e juntas poder torná-lo possível.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, que iluminou o meu caminho e me deu forças e coragem durante esta caminhada. E aos ensinamentos da filosofia de vida da Seicho-No-Ei, que me ensinou a agradecer e reverenciar com amor todas as coisas do céu e da terra. Porque o homem é filho de Deus, revelando a sua verdadeira natureza infinita.

Aos meus amados pais, Renato e Márcia, por serem uma fortaleza em meu caminho, me acolhendo nos momentos de dificuldades, por me ensinarem que o bem e o amor ao próximo são passaporte para verdadeira felicidade, pelo cuidado e carinho incondicional com meu filho na minha ausência, e também pelo apoio afetivo e material durante essa jornada.

Ao meu lindo filho, Davi, por ser essa criança alegre e sapeca, a melhor parte de mim, muito obrigada por ser o maior motivador, se muitas vezes mamãe pensou em desistir foi por você com seu beijinho carinhoso e abraço aconchegante ao ver minha chegada, que me dava forças para ir em frente.

Ao meu irmão, Dário, pela amizade, compreensão, dedicação e principalmente por cuidar do meu filho durante minha falta, minha eterna gratidão!

A estimada Eliane, pelo apoio e força sempre.

A adorável orientadora, Prof. Dra. Tania Inessa, por ter me mostrado sua paixão pela Saúde Mental, e ter me ensinado com tanto amor a lutar por essa causa. Muito obrigada pelos ensinamentos, atenção e dedicação ilimitada ao longo desses anos, e por muitas vezes ter cuidado de mim tão carinhosamente nos momentos de tristeza. “Você é uma Lady”!

Aos usuários, familiares, que fizeram parte desta minha trajetória de formação no campo da saúde mental, fazendo com que meu amor por essa luta crescesse a cada dia. Os agradeço pelo aprendizado e confiança durante todos esses anos que depositaram em meus ouvidos seu sofrimento, bem como as emocionantes histórias de recuperação.

A equipe da limpeza, vigilantes e aos profissionais do CAPS, pelo apoio, confiança e parceria. Em especial, ao psicólogo Felipe Rosa, pelos frutíferos momentos de ensinamentos e conhecimentos compartilhados, por nossas constantes discussões acaloradas configurando-se como parte fundamental de minha formação profissional, que me possibilitou refletir criticamente sobre as diversas formas de atuação no campo da saúde mental. Sua presença e cuidado no decorrer desses anos foram essenciais, obrigada querido!

Aos colegas de estágio supervisionado em Saúde Mental, Amanda, Fernanda, Thaíse, Thayane, Guilherme, Nathalia, Michelle, Rafael, Hellyete e Giulia pela disponibilidade e parceria infinita durante esse semestre.

Aos estimados extensionistas do PRISME e supervisores, Arthur, Ednei, Laura, Valéria, obrigada pelo apoio e confiança diária, sem vocês não teria pernas para ter ido tão longe nessa luta.

As amigas lindas do curso, Karol, Ana Paula, Nilce, Nilma, Patrícia, Monica, por toda cooperação, união e companheirismo durante nossa jornada acadêmica. Por docemente sempre me apoiarem nas minhas aventuras na saúde mental e juntas podermos realizá-las. Obrigada por dividirem comigo os momentos de alegrias e tristezas, por me carregarem no colo quando acreditava não ser mais possível seguir em frente. Que nossa amizade cresça e floresça a cada dia, ter vocês diariamente em minha vida alegrou fortemente meu coração.

Aos estimados professores do curso, Alexandre, Bizerril, Ciomara, Cynthia, Fabiana, Fred, Ingrid, Janice, Leonor, Luciana, Marcela, Morgana, Sérgio, Tatiana, vocês foram essenciais para minha formação acadêmica.

A economia solidária, em especial Cris, Daniel, por terem entrado nessa luta a favor da saúde mental com tanta garra e amor.

As colegas de trabalho da Rede Plaza Brasília de Hotéis, Bárbara, Dori, Ju, Joana, Laiane, Sara, Simoni, pela paciência, carinho e auxílio durante esse semestre, onde sem vocês não conseguiria conciliar o trabalho e os estudos para entrega deste trabalho.

A querida amiga Khennya, que esteve presente nos diversos momentos da minha vida, sempre me incentivando com suas sábias palavras de carinho e otimismo. Obrigada pelo apoio em todos os momentos que precisei, pelas conversas e risadas que tivemos a fim de desopilar um pouco deste trabalho. “Você é mais que vencedora. Love You!”.

Aos amigos Fagner, Juliana, Júnior, Kelly, Luciana, Marcinha, Raissa, Rudson, pelas palavras de conforto e apoio desde sempre, a amizade e o carinho de vocês são preciosidades em minha vida.

A terapeuta Ana Luísa, minha sincera gratidão!

*“Ensinar é uma experiência de
sentimentos a ser revelada a quem
estiver com o espírito aberto”.*

(Ciomara Schneider)

Resumo

O presente trabalho tem por objetivo refletir sobre a convivência como dispositivo clínico em um Centro de Atenção Psicossocial que compõe a rede de saúde mental no Distrito Federal. Discuti sobre a convivência e o seu potencial clínico com a finalidade de promover uma forma de cuidado mais efetiva e humana na área da saúde mental. Dessa forma, parte-se de um referencial teórico que aborda questões relevantes para a construção de conhecimento acerca deste tema. O primeiro capítulo aborda o percurso da história da loucura, possibilitando a compreensão de como se constituiu a forma de lidar com o sujeito em sofrimento psíquico ao longo dos anos. Também serão abordadas, brevemente, as experiências da reforma psiquiátrica no mundo, com destaque para a Reforma Psiquiátrica Brasileira no processo de desinstitucionalização no país. O capítulo dois é uma contextualização sobre estrutura e o modo de funcionamento do CAPS. O capítulo três apresenta o tema da convivência como um novo dispositivo clínico de cuidado na saúde mental, auxiliando no processo de desinstitucionalização dos serviços. O capítulo seguinte é uma reflexão acerca da experiência da autora desse trabalho como extensionista/estagiária na implementação da Atividade de Convivência, bem como do Grupo de Convivência no cotidiano do CAPS. Através de uma análise reflexiva desta experiência, registrada por meio de diários de campo, foi possível pensar sobre o papel da convivência nos CAPS e sua potencialidade clínica ao permitir a construção de novas formas de relação com o sujeito em sofrimento psíquico e consequentemente propiciar diferentes maneiras de cuidar. A partir do desenvolvimento deste estudo, evidencia-se que por meio da convivência ocorre uma flexibilização dos papéis no serviço, permeada pela troca circular entre cuidadores e usuários, onde foram criadas estratégias para construção de redes solidária e cuidado mútuo, sendo determinados por momentos de afetividade e conflitos, que possibilitou acolher o sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Convivência, Saúde Mental, CAPS, Dispositivo Clínico.

Sumário

Introdução.....	11
Capítulo 1 – A história da loucura e a reforma psiquiátrica	18
1.1 A História da Loucura.....	19
1.2 Breve descrição das experiências de reformas psiquiátricas	21
1.3 Reforma Psiquiátrica Brasileira	23
Capítulo 2 – Um panorama sobre o CAPS, sua estrutura e modo de funcionamento.	28
2.1 A estrutura e o modo funcionamento CAPS	30
2.2 A clínica em movimento: um olhar ampliado para o sujeito	35
Capítulo 3 – A convivência, como um novo dispositivo de cuidado no campo da saúde mental	38
3.1 A convivência como um dispositivo clínico	39
Capítulo 4 – Uma reflexão acerca das experiências de convivência no cotidiano de um CAPS .	43
4.1 A potencialidade das atividades de convivência.....	50
4.2 A potencialidade dos grupos de convivência	62
Considerações Finais.....	86
Referências.....	89

Introdução

A concepção sobre a loucura obteve inúmeras interpretações ao longo dos séculos, sendo considerada na época da inquisição como algo sobrenatural ou demoníaco relacionada ao divino e, no séc. XVIII, chancelada pela exclusão, um fenômeno que ficou marcado por visíveis interações involuntárias. Essas pessoas eram consideradas como loucas sendo aprisionadas em hospitais psiquiátricos, tornando-se alvo constante de agressões físicas e psicológicas. Havia todo tipo de violação contra seus direitos, sendo desrespeitadas, oprimidas e excluídas pela sociedade, por não corresponderem a um padrão de normalização socialmente aceito. Como era diferente dos demais, o suposto “louco” deveria ser internado no manicômio e isolado socialmente (Foucault, 2005).

No Brasil, o marco legal da Reforma Psiquiátrica se deu por meio da promulgação da lei federal nº 10.216/01, que visa à proteção dos direitos e da cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico, bem como ao estabelecimento de um novo modelo assistencial psicossocial em saúde mental. Essa lei também ficou conhecida como Lei da luta Antimanicomial (Guimarães et al., 2010).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) possuiu um papel estratégico na reforma psiquiátrica, tornando-se o serviço de maior destaque na Política Nacional de Saúde Mental, pois possibilitou a consolidação de um serviço substitutivo com o objetivo de inclusão social, visando a desinstitucionalização (Brasil, 2004). Em sua organização, esse novo serviço realiza uma articulação com a rede de saúde mental, prioriza o tratamento psicossocial, desnaturalizando os saberes instituídos e abrindo espaços para se pensar novas formas de convivência para as pessoas em sofrimento psíquico.

Entende-se que o CAPS foi organizado para ser um serviço de referência para pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente, tendo como sua principal função a substituição dos manicômios, por ser um espaço que ao mesmo tempo é de referência, também se

constitui como temporário. Segundo Lobosque (2003), mesmo sendo um espaço transitório, o serviço sempre estará à disposição do sujeito caso precise retornar.

Dentro do campo da saúde mental, mais especificamente no serviço substitutivo de cuidado – CAPS, este trabalho tem como iniciativa principal trazer uma reflexão sobre a configuração do espaço de tratamento, onde se pretende fomentar saberes e práticas diferenciadas do modelo manicomial, indo de acordo com proposta da reforma psiquiátrica que é, sobretudo, criar novas ações potencializadoras para cuidar do sujeito em sofrimento psíquico.

No entanto, sabe-se que o DF possui uma cobertura baixa na consolidação da rede de atenção psicossocial por habitante no Brasil (Brasil, 2011), assim, esse estudo é um esforço para compreender a forma como o CAPS está organizado, no sentido de tentar colaborar para o alcance dos seus objetivos e a promoção de estratégias para construção de uma saúde mental pública.

Nessa perspectiva, a proposta deste trabalho e meu desejo em estudar sobre esse campo, que é a convivência e o seu potencial clínico no campo da saúde mental, vêm desde o segundo semestre de 2012, quando tive o primeiro contato com essa área¹. Lembro-me como se fosse hoje, a primeira vez que visitei um CAPS, com a finalidade de conviver e conhecer o ambiente, e com isso poder fazer um trabalho acadêmico sobre essa temática. No dia cheguei bem cedo ao CAPS e, nesse primeiro momento, ao me deparar com a instituição fiquei encantada e emocionada, porque a sua estrutura é de uma casa, um lugar agradável, acolhedor e aconchegante. Estavam comemorando do dia da luta Antimanicomial (18/5/2013), lembro-me que os usuários e a equipe estavam bastante envolvidos com as atividades programadas para o dia. Foi uma experiência única e indescritível porque a cada possibilidade de

¹Nessa época, fazia uma matéria chamada Psicopatologia I, e foi quando o meu amor por essa área surgiu e, sim, digo que foi amor à primeira vista.

convivência com o usuário, fui sendo embalada por uma onda de ternura e amor por aquele contexto.

Após esse primeiro contato com a saúde mental, ingressei no Projeto Interdisciplinar de Saúde Mental (PRISME), do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). Esse projeto de extensão existe há 13 anos e tem como objetivo desenvolver o trabalho interdisciplinar entre professores e alunos dos cursos de graduação em Direito, Educação Física, Enfermagem e Psicologia, a partir da atuação dos mesmos nos serviços de saúde mental do Distrito Federal. Neste projeto os alunos escolhem de acordo com sua preferência, uma instituição conveniada com o projeto, são elas: CAPS II Taguatinga, CAPS II Paranoá, CAPS II Planaltina, CAPS III Samambaia, e uma ONG Inverso. Em seguida, os alunos desenvolvem atividades de acordo com a demanda das instituições, e uma vez por semana acontece à supervisão no UniCEUB, com os quatro orientadores (professores) de cada campo de atuação, onde os alunos levam as questões relevantes para serem discutidas.

Em 2013, atuei como extensionista – em um dos CAPS, com a atividade de *Tenda Jurídica* e em outro CAPS, com a oficina de *Expressão Corporal*. Era um sonho meu participar desse projeto de extensão e atualmente essa experiência tem o tempo médio de três anos. Portanto, a presente monografia será uma reflexão sobre a experiência da atividade e grupo de convivência na área da saúde mental.

A ideia de organizar atividades de convivência se constituiu, a partir do meu primeiro contato com o campo de atuação, o que possibilitou levantar reflexões e inquietações das atividades para as reuniões de supervisão. Tais inquietações partiram do reconhecimento que o CAPS estava se tornando muito burocratizado, as ações desenvolvidas no local privilegiavam o modelo clínico tradicional, priorizando os atendimentos individuais, com o foco no sintoma, o que nos remete a uma organização de um modelo sintomatológico/biomédico.

A convivência tem por objetivo resgatar o sentido da atuação do CAPS, pautada em uma organização de rede, que possibilite a integração social e familiar da pessoa em sofrimento psíquico, apoiando-os em suas iniciativas de busca da autonomia. De acordo com a definição encontrada no dicionário online de português da web, conviver é: “o relacionamento estabelecido entre pessoas que convivem diariamente; convívio próximo e contínuo”. E de acordo com Resende (2015) é “um encontro com o outro” (p. 71).

Entende-se que a convivência pode ter uma configuração social e complexa, pois desenvolve possibilidades para a reformulação de estratégias inovadoras e efetivas no campo de atuação. Assim, a convivência pode assumir diferentes formas de cuidado, permitindo uma reflexão sobre como enxergar e cuidar do outro de um modo transformador, que leve ao rompimento radical com a lógica manicomial (Resende, 2015).

O ato de conviver é potencialmente transformador porque permite a criação de espaços de interlocução, em que as experiências dos sujeitos em sofrimento psíquico são legitimadas, e a partir desse contato da convivência, instigar o sujeito a produzir sentido próprio para seu sofrimento (Lobosque, 2001).

Portanto, no presente trabalho serão discutidos os efeitos terapêuticos das atividades e oficinas de convivência no contexto de um CAPS. De que forma essas atividades podem atuar como um dispositivo clínico, tendo o objetivo de repensar e construir outros modelos de cuidado, frente ao sofrimento psíquico que possibilite novas ressignificações transformadoras, capazes instigar o sujeito a produzir sentido perante as suas próprias experiências (Lobosque, 1997).

Esse dispositivo clínico na saúde mental é compreendido a partir da concepção de autores e contextos novos (os profissionais da saúde, usuários, familiares, comunidades, dentre outros), em que o próprio sujeito em sofrimento psíquico é protagonista ativo na construção de novas formas de cuidado no cotidiano do CAPS. Atualmente, as demandas

clínicas que são levantadas no cotidiano dessas instituições são constituídas de várias ordens, não podendo ser reduzidas a uma explicação de uma teoria (Grigolo, 2010).

Com essa perspectiva, partimos do princípio que se devem entender as experiências dos sujeitos em sua singularidade, e os atendimentos podem ser praticados não somente dentro dos consultórios, mas sim em outros espaços como, por exemplo: em casa, na rua, em grupos, etc. Esse é um movimento de clínica ampliada, possível em vários cenários diferentes (Lancetti, 2008).

Nesse sentido, acredita-se que a convivência tem o potencial de configurar-se como um dispositivo clínico de cuidado, ocorrendo em conformidade com os principais objetivos do CAPS, que é a inserção social, resgate da cidadania e de poder mudar o olhar da sociedade diante o sujeito com sofrimento psíquico. Dentro dessa lógica, o processo de convivência dos usuários dentro do serviço, possibilitará a reconstrução do plano de vida deles, ajudando-os a se organizar novamente para que essas ações sejam transportadas com o objetivo de serem utilizadas com efetividade na vida diária.

Acredita-se que a convivência será estabelecida a partir da relação interpessoal entre os usuários, familiares, amigos e profissionais, sendo caracterizado por ter um movimento circular de continuidade e dinamismo, em que possibilitará que o sujeito assuma uma postura ativa frente ao seu tratamento que será construído a partir do seu desejo de poder escolher o que gosta de fazer. É um processo está em permanente transformação, onde ocorrem trocas de afeto, aprendizagens e ensinamentos, valores pessoais, e até mesmo conflitos, com momentos turbulentos. Isso também é terapêutico, fazendo parte do ato de conviver.

O objetivo dessa breve explanação é demonstrar que esse trabalho possui como tema central uma reflexão sobre a convivência, como um dispositivo clínico no cotidiano do CAPS. Serão discutidos os efeitos terapêuticos da atividade e do grupo de convivência

implementadas pela autora da presente monografia, no contexto desse serviço em uma cidade do Distrito Federal.

Faz-se necessário relatar que esse estudo fará uma análise da Atividade de Convivência, bem como do Grupo de Convivência. Será realizada uma análise reflexiva da minha experiência como extensionista, com a ajuda dos Diários de Campo escritos pela própria autora para documentar as informações vivenciadas no serviço. Portanto, não será feita uma pesquisa direta com os sujeitos, não se configurando com um estudo de casos, mas sim, uma análise a partir do que foi experiência do ao longo desses anos.

No capítulo um, abordar-se-á sobre a trajetória da loucura situando-a historicamente para tentar compreender como esse conceito veio se modificando ao longo dos anos, e também como se constituiu a forma de tratamento do sujeito em sofrimento psíquico. Este mesmo capítulo contemplará brevemente as experiências da reforma psiquiátrica no mundo, para compreender melhor como se deu a reforma psiquiátrica brasileira e refletir sobre como o campo da saúde mental se constituiu em nosso país.

O capítulo dois discorrerá sobre a estrutura e funcionamento do CAPS, com a finalidade de ressaltar como este modelo de atenção substitutivo aos manicômios se desenvolve enquanto um serviço de saúde mental.

O capítulo três apresenta uma reflexão acerca da convivência como um novo dispositivo clínico de cuidado, e como a mesma se articula, organizando-se potencialmente como um instrumento desinstitucionalizante.

O capítulo seguinte apresenta uma reflexão sobre as experiências da autora deste trabalho como extensionista/estagiária na implementação da convivência no cotidiano do CAPS, onde será explicitada a forma de funcionamento da atividade e do grupo de convivência, bem como suas ações clínicas potencializadoras. Essa articulação será auxiliada

pela análise dos diários de campo, permeada por questionamentos e reflexões teóricas vivenciadas diariamente no serviço.

É importante pensar sobre o papel da convivência dentro do CAPS, e como ela, a convivência, pode-se configurar para além dos espaços físicos do serviço, com o propósito de desconstruir os estigmas presentes acerca da loucura na sociedade, além do sujeito em sofrimento psíquico poder se reinserir socialmente.

A convivência pode ser utilizada como uma estratégia que possibilita a modificação do modelo hospitalocêntrico, pois a sua proposta inicial vai além da ideia de somente conviver com o sujeito em sofrimento psíquico para passar o tempo. Ou seja, na dimensão do cuidado clínico é dividir o físico espaço com outro, embora não seja só isso, mas também promover a troca interpessoal nas relações, potencializando na instauração dos planos de vida, mais do que se dedicar na remissão dos sintomas. Assim, a convivência torna-se um dispositivo importante, porque corrobora para fomentação da construção do novo paradigma psicossocial de cuidados em saúde mental (Resende, 2015).

Desta forma, Tenório (2001) reflete sobre a relevância da convivência ao referir-se acerca dos objetivos e práticas de cuidado no CAPS:

Na convivência nos ambientes comuns (cozinhas, corredores, sala de estar e refeições) acontecem, muitas vezes, as conversas e os fatos importantes para o serviço e para o tratamento de determinado paciente. É interessante notar que a expressão “convivência” ganhou o estatuto de designação de um recurso terapêutico, figurando, por exemplo, entre as atividades consignadas no contrato terapêutico ou no mapa de frequência dos pacientes, quando se considera que, para além da participação em atendimentos ou oficinas, o estar no CAPS foi a “atividade” relevante para o paciente naquele turno (p. 129).

Em suma, acredita-se que a convivência deve se desenvolver com o objetivo de acompanhar o sujeito, no sentido de criar estratégias em ações concretas para ajudá-lo a viver de forma que essas ações terapêuticas ocorram efetivamente no dia a dia deles. Está é a característica fundamental da atenção psicossocial na área da saúde mental.

Capítulo 1 – A história da loucura e a reforma psiquiátrica

A história da loucura constitui-se ao longo dos tempos e a forma do homem lidar com ela vem se modificando. A loucura nem sempre foi vista sob um olhar médico, no tempo da inquisição, por exemplo, era vista como um fenômeno religioso, caracterizado pela possessão. Já na Grécia Antiga, uma das formas de considerar o “louco”, era como uma pessoa com poderes divinos. O que ele falava era compreendido como importante, tendo a capacidade de interferir no destino das pessoas (Foucault, 2005). A visão que se tinha sobre a loucura é que ela era uma manifestação dos deuses, tornando-se livre, reconhecida e valorizada socialmente, não tinha necessidade do seu controle e exclusão.

É de extrema importância mencionar como se configurou a história da loucura no mundo, bem como a reforma psiquiátrica brasileira, tendo como finalidade compreender melhor como foi constituído o campo da Saúde Mental no Brasil. É uma tentativa de compreender como aconteceu esse processo, e acima de tudo, tentar entender como está ocorrendo a desconstrução da ideia da loucura e do manicômio para a sociedade brasileira e no cotidiano dos profissionais atuantes nessa área na atualidade.

Com essa perspectiva, sabe-se que a história da loucura veio se modificando ao longo dos séculos e teve significativos avanços na área da saúde mental, como por exemplo, a reforma psiquiátrica visando à extinção dos manicômios, bem como a inclusão social. Entretanto, entende-se que essa luta não está próxima de terminar, pois as pessoas em sofrimento psíquico ainda são estigmatizadas constantemente e taxadas de “loucas” pela sociedade. Assim, a nossa batalha sempre será em combater as formas preconceituosas de se pensar acerca dessa temática.

1.1 A História da Loucura

No início da Idade Média a loucura foi concebida como uma forma de expressão das forças da natureza, sendo marcada por alguma coisa da ordem do não humano (Amarante, 1998). Era exaltada, num misto de terror e atração, sendo associada com algo demoníaco. Dessa maneira, os loucos eram vistos como pessoas possuídas pelo demônio, e com isso, ficavam por muitos dias acorrentados e expostos ao frio e à fome. Mais tarde, ainda sem o estigma de sujeito de des-razão ou de doente mental, era visto como possessão por espíritos maldosos, e que precisavam ser extirpados mediante práticas inquisitoriais, sob o controle da Igreja (Foucault, 2005).

O grande mal no século XII ao XIV foi à lepra, os espaços construídos para abrigar os leprosos ficaram lotados de enfermos, e logo após com o desaparecimento da lepra, tornaram-se lugares vazios. Esse era um vazio simbólico porque esses lugares tornaram-se alvo de grande medo. A loucura que passaria a ser considerada como algo sem controle, iria posteriormente, preencher esses espaços. Instaura-se um modelo que estava fora das normas sociais, tornando-se objeto de exclusão (Foucault, 2005).

Em 1656, estabeleceu-se o Hospital Geral, que foi criado pelo Editto Real e destinava-se aos “pobres de Paris”, aos loucos, aos homossexuais, aos pobres, aos criminosos e a todos excluídos e transgressores da ordem social estabelecida (Foucault, 2005). Era uma instituição que visava abrigar aqueles que não eram inseridos socialmente, ou seja, aquelas pessoas que não estavam em conformidade com os padrões da época. Uma instituição moral com regras semelhantes a uma prisão, com estrutura semi-jurídica, desempenhando o papel de “assistência e repressão”, com a finalidade de mascarar as contradições do contexto social da época (Ornellas, 1997). Após 20 anos da inauguração do primeiro Hospital Geral, mais

especificamente em 1676, cada cidade francesa possuía uma instituição dessas, e, depois de algum tempo, ela se espalhou por toda a Europa (Amarante, 1998).

Dessa forma, a pessoa internada no Hospital Geral era alvo de exclusão e discriminação constante, carregava o estigma da ociosidade e preguiça, o que era considerado intolerável pelos padrões sociais e econômicos da época. Portanto, aqueles considerados pela sociedade como desviantes das normas-padrão eram encarcerados nos limites do Hospital Geral (Foucault, 2005).

Os Hospitais Gerais sofreram com a ausência de recursos financeiros para as internações naquela época, porque as estruturas socioeconômicas do Estado entraram em crise, inviabilizando o repasse de verbas e o Hospital se viu obrigado a liberar algumas dessas classes de “indivíduos desviantes”, os loucos, porém, permaneceram aprisionados (Tenório, 2001).

Nessa fase, no século XVIII, acontece o que Foucault (2005) chamou de experiência-limite entre a razão des-razão (loucura), em que a razão é dita como “normal” pela instituição do poder médico frente à sociedade e a loucura é vista como o avesso da razão (anormal). Para ajustar os que não se enquadram no modelo denominado como “normal”, essas pessoas sofreriam a reclusão nas instituições de controle e correção. A loucura agora adquire um caráter moral, tornando-se desqualificante e excludente.

Os asilos da época foram substituídos no final do século XVIII por manicômios, que tinham como objetivo separar os “loucos”, dos demais marginalizados, ou seja, havia a intenção de libertá-los desses asilos, para *tratá-los como doentes* (Amarante, 1998). A psiquiatria origina-se com Pinel no começo do século XIX, no âmbito da ciência médica, como uma produção do conhecimento.

A psiquiatria nasce com a função de construir um saber acerca da loucura, mais especificamente descobrir a cura da doença mental e também com o propósito de controle

social, com a finalidade de exclusão do louco da sociedade. Assim, a imagem acerca da loucura foi sendo relacionada a algo perigoso, negativo, um desvio de conduta pelo julgamento moral. A psiquiatria transforma a loucura em um fenômeno patológico que necessita ser curado, e ainda possui raízes nas instâncias jurídicas, que demanda um tipo diferenciado de medicina para tratá-los (Pacheco, 2011).

Agora há uma distinção de competências, entre a medicina, que é uma instituição humanística e propõe-se a curar doenças (onde a conduta dos loucos desviantes são manifestações de um resultado patológico) e, a instituição jurídica ligada a um sistema de ordem, onde as condutas dos loucos instituem desafios às regras prescritas. A medicina se estabelece e a vitória foi do louco, pelo menos em parte, porque não mais seriam punidos como criminosos por serem loucos. Porém, Foucault pensou diferente: segundo Ornellas (1997) a vitória foi dos médicos; já os loucos perderam ao serem reduzidos a “doentes mentais” e silenciados.

Foucault (2005) traz uma reflexão específica sobre a história da loucura como uma “alienação mental”, o louco é coisificado em sua relação objetificante com a instituição. Foi classificado pelo saber médico-psiquiátrico como “doente mental”, e a resposta da psiquiatria perante a loucura foi à internação, uma vez que o mandato social da época legitimava a reclusão dos loucos.

1.2 Breve descrição das experiências de reformas psiquiátricas

Em 1952, inicia-se um movimento nos Estados Unidos e na Europa pela transformação das instituições psiquiátricas, com o objetivo de construir uma nova política assistencial para a saúde mental.

A proposta inglesa fundamentou-se na criação das comunidades terapêuticas, onde o potencial do próprio paciente era utilizado no tratamento. Assim, eram organizadas reuniões

que visavam discutir as questões dos próprios pacientes, elaborando propostas de trabalho para envolver profissionais, paciente e família (Amarante, 2007).

Já na França, a experiência da reforma psiquiátrica foi denominada de psiquiatria de setor e esse trabalho foi desenvolvido fora dos hospitais psiquiátricos. Teve por finalidade a adoção de medidas terapêuticas (novos serviços ambulatoriais) que evitassem que o sujeito fosse internado e até mesmo o acompanhamento após a alta hospitalar. A psiquiatria desenvolvida nos Estados Unidos, denominada de preventiva, partiu do pressuposto de que quando diagnosticadas precocemente as doenças mentais podem ser prevenidas (Amarante, 2007).

Esses modelos citados acima apresentaram relevantes mudanças para o modelo psiquiátrico. Outro modelo que merece um destaque especial à parte, é a experiência da psiquiatria italiana, que começou em 1970. O principal precursor desse movimento foi Franco Basaglia, psiquiatra italiano que criticou arduamente a forma de tratamento instituída nos hospitais psiquiátricos, iniciando um processo de desconstrução dos manicômios, envolvendo a desmistificação do mito da doença mental, e com isso, criar novas formas de convivência entre a sociedade e loucura (Lobosque, 2001). A loucura caracteriza-se por uma ruptura prático-teórica do saber psiquiátrico superando-o e reinventando-o. Tal movimento teve repercussões no mundo todo e, principalmente, trouxe consequências para o Brasil (Amarante, 1994).

Por sua influência na política brasileira de saúde é necessário discorrer sobre a experiência de Franco Basaglia, que na época, foi o precursor da reforma no sistema de saúde mental italiano. Esse movimento da Psiquiatria Democrática Italiana foi influenciado pelas ações inovadoras de Basaglia, que se tornou um marco político na história do país e da saúde mental (Amarante, 1998).

Cabe mencionar que esse processo de desinstitucionalização não tem apenas a finalidade de fechar as instituições manicomiais, mas sim para que ocorram efetivas transformações nas relações de poder que estão impregnadas na sociedade, como por exemplo, as relações de violência que acontecem no ambiente familiar (Rotelli, 1989).

Segundo Amarante (1998), Franco Basaglia e sua equipe tiveram um percurso árduo, que ficou demarcado pela luta contra as práxis violentas, bem como a repressão existente nos manicômios. Seu projeto se inicia em 1961, onde é diretor do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália, e ao constatar as condições desumanas em que os internos vivenciavam, organiza estratégias para promover transformações, com o intuito da humanização das relações.

Essas ações ocuparam lugar de destaque na luta contra a violência e exclusão praticadas nas instituições psiquiátricas, com a qual se buscava a superação da internação manicomial. Basaglia ficou conhecido pelas mudanças promovidas no Hospital Psiquiátrico de Gorizia e, em seguida, por seu trabalho em Trieste, que é referência para área da saúde mental (Saúde, 2010).

1.3 Reforma Psiquiátrica Brasileira

Sabe-se que a reforma psiquiátrica italiana, liderada por Basaglia, teve uma relevante influência no início do movimento da reforma psiquiátrica brasileira entre os anos 1978 e 1980, e assim foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que assumiu um papel político fundamental no projeto da reforma psiquiátrica no Brasil (Amarante, 1998).

O MTSM teve vários avanços na luta a favor da saúde mental, a partir das reivindicações trabalhistas e o discurso humanitário, que viabilizou ganhos importantes para que se alcançasse o caráter definitivo do movimento antimanicomial no Brasil, definindo o

dia 18 de maio como a data oficial do dia da Luta Antimanicomial, sendo comemorada no calendário nacional brasileiro (Tenório, 2002).

O foco primordial do debate era pautado na substituição dos hospitais psiquiátricos tradicionais (os ditos manicômios da época), por serviços abertos de tratamento. Cabe ressaltar que o motivo de se propor serviços substitutivos, que sejam abertos, são para oferecer novas formas diversificadas de cuidado, tratar em liberdade, visando à reinserção social. Em decorrência dessa luta contra os hospitais psiquiátricos, surgiu em nosso país a expressão “por uma sociedade sem manicômios” (Lobosque, 2001).

Outra conquista importante do movimento que se deve ressaltar, foi a aprovação do projeto de Lei 10.216, sancionada em 6 de abril de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, de autoria do deputado Paulo Delgado. Essa lei propõe uma reestruturação da atenção em saúde mental, como a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos clássicos no país, e defende o direito dos sujeitos que necessitam do tratamento, propondo a criação de novos espaços que ofereçam o cuidado, sem a exclusão social (Ministério da Saúde, 2001).

De acordo com Brasil (2005), a Reforma Psiquiátrica é:

Um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, no governo federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (p.1).

Essa reforma tem como objetivo a desinstitucionalização do louco, sendo a “tentativa de dar à loucura outra resposta social, ou seja, dar ao louco outro lugar social” (Tenório, 2001, p. 20). Para tanto, sabe-se que de acordo com o que Basaglia propôs na Itália, em que a desinstitucionalização seja feita por meio de um cuidado humanizado, ao contrário da cultura

médica tradicional da época, que transformava o sujeito e seu corpo em objetos de intervenção clínica. Portanto, rompe com o paradigma clínico clássico, para que as instituições manicomiais possam ser desconstruídas (Tenório, 2001).

Segundo Lobosque (2001), a implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil encontrou três grandes obstáculos. O primeiro girou em torno da discriminação e estigma da sociedade acerca da loucura: os mitos sobre o perigo do contato com o louco. O segundo relaciona-se às obstinações dos espaços psi, que encaram qualquer transformação como uma afronta aos princípios da ciência e técnica, porque ameaça as ações corporativistas. E por último, o obstáculo que é simbolizado pela indústria da loucura, com toda a mercantilização que gira em torno da saúde.

Faz-se necessário falar sobre a dimensão subjetiva da experiência da loucura, pois essas experiências não dizem respeito somente ao louco e sua singularidade, mas também percorrem os espaços familiares e culturais, desafiando o social e o político. É de suma importância que esses espaços sejam promotores de um diálogo construtivo entre os sujeitos, tendo como abordagem a temática sobre a loucura, pois assim possibilitará o reconhecimento da mesma como sendo experiências legítimas e pensáveis do corpo (Lobosque, 2001).

Segundo Lobosque (2001), afirmar que a loucura não é uma doença, já é motivo para causar escândalo e rumores no meio social. E partindo dessa perspectiva, na contemporaneidade, a sociedade consolidou-se em uma cultura que desestimula as pessoas a questionarem os sentidos produzidos, ou seja, é mais cômodo e fácil acreditar que o problema é de ordem física, do que legitimar os sentidos produzidos, em um movimento de reivindicação da cidadania do louco (Amarante, 2007).

A princípio, a Reforma Psiquiátrica Brasileira constitui-se como uma proposta de modelo de saúde assistencial, que após o reclame da cidadania do louco, progride para vários outros âmbitos de práticas e saberes, como: a clínica psicossocial, e também na área jurídica e

política (Tenório, 2001). Assim, esse período ficou marcado por ocorrer, concomitantemente, dois modos de funcionamento que é a construção de uma rede substitutiva ao modelo manicomial clássico e a fiscalização para redução dos leitos psiquiátricos. Esse modelo assistencial foi alvo de diversos questionamentos, pois possibilitou que a Reforma Psiquiátrica Brasileira assumisse um caráter em prol da saúde mental, indo contra a nomenclatura da “doença mental”, propondo novas formas benéficas de se pensar e fazer na área saúde mental.

Ao referir-se a saúde mental, e não mais a “doença mental”, a percepção de que o saber médico não é mais o foco central do tratamento. Na verdade, é um conjunto de profissionais que atuam em parceria, com o intuito de pensar novas configurações inovadoras para essas instituições, como por exemplo, um modelo diferenciado e adequado para o cuidado e intervenção desses novos dispositivos. Nessa perspectiva, oportuniza-se a criação de espaços que levem em consideração os aspectos subjetivos da experiência de vida do sujeito em sofrimento psíquico, e não o diagnóstico colocado nele (Mateus, 2013).

Esses espaços substitutivos criados a partir da reforma psiquiátrica no Brasil, que de acordo com Amarante (2007), vieram com o objetivo de modificar o paradigma do modelo clínico manicomial vigente na época, e estabelecer serviços substitutivos que sejam desinstitucionalizantes, como por exemplo, defender o resgate da cidadania dessas pessoas em sofrimento psíquico.

A partir da criação dos serviços substitutivos dentro do próprio território nacional, foi instituída uma rede de serviços chamada de Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, tendo como diretriz principal a criação e ampliação dos espaços de atenção a saúde para pessoas em sofrimento psíquico grave (Brasil, 2013).

Assim, de acordo com a Portaria Nº 3.088 do Brasil (2011), um dos objetivos da RAPS é: “garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no

território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências” (p. 3). Dessa maneira, para que o tratamento das pessoas em sofrimento psíquico se efetive de forma terapêutica, elas precisam ser assistidas em conformidade com os seus desejos, e por meio desse processo desenvolver atividades que lhes façam sentido, para que ocorra a produção de autonomia. A RAPS é definida por território, segundo sua área de abrangência e atuação (Brasil, 2013).

Os espaços criados para funcionarem como alternativas ao hospital psiquiátrico têm como objetivo fomentar práticas terapêuticas que valorizem a socialização, a cidadania e o respeito da singularidade do sujeito em sofrimento psíquico. Dentre os serviços constituintes da RAPS, temos o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, cenário do presente trabalho, que se sobressai por ser um serviço de caráter estratégico, que possui uma articulação territorializada com a rede de saúde.

Capítulo 2 – Um panorama sobre o CAPS, sua estrutura e modo de funcionamento.

O CAPS é uma instituição brasileira que se caracteriza por ser um serviço aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde. Sua proposta é propiciar o cuidado para as pessoas em sofrimento psíquico grave e persistente, por meio do acolhimento, tendo por prioridade a desinstitucionalização e humanização do tratamento. Esses serviços substitutivos visam diminuir e evitar internações psiquiátricas, bem como promover parcerias com a rede de serviços da comunidade, favorecendo a reinserção social dessas pessoas. E também é um dos dispositivos de atenção à saúde mental, que teve valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Esses espaços substitutivos aos hospitais psiquiátricos possuem o papel relevante para instituir novas práticas de cuidado, que permite modificar o modo de enxergar e a forma de tratar as pessoas em sofrimento psíquico intenso e persistente. Uma das responsabilidades do CAPS é promover a articulação de políticas públicas relacionadas à saúde mental do seu território, trabalhando em parceria com todos os serviços de saúde mental na rede de Saúde Pública – SUS.

Essa interface é realizada por intermédio de ações intersetoriais entre a atenção básica, os postos de saúde; o PSF – Programa de Saúde da Família; a atenção terciária, sendo os hospitais, com o objetivo de diminuir as internações sem instituições psiquiátricas; o SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos; e o CRAS - Centro de Referência de Assistência Social (Sidrim, 2010).

O objetivo de um CAPS, segundo o manual de Saúde Mental no SUS (2004, p.13) é:

Oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

Faz-se necessário lembrar que a saúde mental na atualidade não pode limitar-se somente aos procedimentos terapêuticos desenvolvidos no CAPS, e sim, precisamos ter um olhar cauteloso para construção de programas e políticas públicas nessa área. De acordo com Brasil (2004), a característica essencial do CAPS é buscar a reintegração do sujeito a um ambiente social e cultural. Assim, o serviço realiza o acolhimento das pessoas em sofrimento psíquico, em sua singularidade e necessidades, dentro da sociedade que vive.

Acredita-se que as internações em hospitais psiquiátricos não promovem mais sofrimentos do que benefícios, pois ocorre a quebra dos laços familiares e sociais, em internações de longa duração, além de atuarem por meio de medida de controle, em que o discurso, segundo os estudos de Goffman (2005), era de disciplinar os sujeitos que não eram socializáveis. A principal característica dessa instituição é de ser um estabelecimento fechado, aonde se levantam barreiras de segregação dos internados impedindo o contato social deles com o mundo exterior (Benelli, 2002).

De acordo com a Portaria/SNAS nº 224 - de 29 de janeiro de 1992, foram instituídos os CAPS, em conjunto com os Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS) e os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental). O primeiro CAPS no Brasil surgiu em São Paulo, no ano de 1987, chamado de Professor Luís da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva (Brasil, 2004). Outros serviços substitutivos pioneiros foram sendo implementados pelo Brasil, sendo eles: a “Casadas Palmeiras” no Rio de Janeiro, a Pensão “Nova Vida”, no Rio Grande do Sul e os núcleos de atenção psicossocial (NAPS) de Santos-SP, dentre outros (Ribeiro, 2004).

Cabe mencionar que o cenário atual da saúde mental no DF vivencia inúmeras dificuldades relacionadas aos números dessas instituições substitutivas distribuídas por cidades satélites. Segundo o Ministério da Saúde (2012), o Distrito Federal possui a mais baixa cobertura assistencial de saúde mental do país. E também ainda possui um hospital

psiquiátrico manicomial, o São Vicente de Paula (HSVP). O fechamento dessa instituição não ocorre porque não existem estruturas substitutivas suficientes – CAPS III e Residências Terapêuticas – para acolher a crise em qualquer horário.

Entende-se que o CAPS foi constituído para que seja um serviço de passagem, porque tem por finalidade a substituição dos manicômios. Portanto, é um espaço, ao mesmo tempo, de referência e temporário. Lobosque (2003) ressalta que mesmo sendo um espaço transitório, o serviço sempre estará à disposição do sujeito, caso tenha a necessidade de retornar.

As atividades do CAPS devem ser promotoras de novas formas de tratamentos, criando espaços para que o sujeito tenha participação ativa de militância no seu processo de sofrimento psíquico, o empoderamento, a reinserção na sociedade, o resgate efetivo da cidadania, a produção de autonomia, novas formas de atuação no mundo e a interação com o grupo.

2.1 A estrutura e o modo funcionamento CAPS

Pode-se dizer que o CAPS atua como a porta de entrada da rede para os serviços em saúde mental. O atendimento é realizado por uma equipe multidisciplinar, conforme a capacidade de atendimento, bem como sua clientela, organizando-se da seguinte forma: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. O CAPS I é uma instituição que visa o atendimento de sujeitos em sofrimento psíquico, maiores de dezoito anos e o seu funcionamento é de segunda a sexta, no período diurno. Sua área de abrangência atende municípios com população de vinte a setenta mil habitantes. O CAPS II possui os mesmos objetivos do CAPS I, porém diferencia-se por atender municípios com a população com mais de setenta mil habitantes até duzentos mil habitantes por região. O CAPS III é o serviço de grande porte da rede, atendendo um território a partir de duzentos mil habitantes por cidade.

Os atendimentos são realizados todos os dias da semana, funcionando por 24 horas, inclusive aos feriados e finais de semana. O diferencial em relação aos outros CAPS é que possui leitos para acolhimento à crise, se houver necessidade. O CAPSi (infanto juvenil) é qualificado para atender crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. O seu funcionamento é de segunda a sexta, em horário comercial. E atende a área de duzentos mil habitantes por município. E por último, o CAPSad é especializado para atender pessoas que são usuárias de álcool e drogas (Brasil, 2004).

Os CAPS's no geral devem possuir uma equipe multiprofissional mínima para atuar. No caso peculiar desse trabalho, a reflexão engendrada parte da experiência em um CAPS II, cuja equipe deve ser composta por: um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior podendo ser psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou até outro profissional necessário ao projeto e seis profissionais de nível médio, podendo ser técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (Brasil, 2004).

Lancetti (2008) afirma sobre os benefícios de se trabalhar em equipe porque é notório que o sujeito em sofrimento psíquico se vincula a cada profissional de uma forma diferenciada, e isso permite que a subjetividade do sujeito seja revelada de diversas maneiras, possibilitando o cuidado de forma integrada pela equipe.

Deve-se ressaltar que o CAPS tem como objetivo proporcionar o atendimento territorializado, ou seja, atende à população de sua área de abrangência, pois assim viabiliza o conhecimento das demandas específicas do local onde se encontra instituído e promove a aproximação entre a comunidade e o serviço. É realizado o acompanhamento terapêutico clínico pelos grupos, bem como a reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico intenso e persistente, por meio da promoção ao acesso ao trabalho, lazer, cultura e esporte (Brasil, 2004).

As funções delimitadas por esses serviços substitutivos são:

- Prestar atendimento em regime de atenção diária;
 - Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
 - Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas.
- Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
 - Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
 - Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
 - Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (Brasil, 2004, p.13).

Segundo Tenório (2002), o CAPS deve se caracterizar como uma instituição acolhedora, em que ocorre um alto nível de flexibilidade (o ambiente é aberto), o que permite a formação de vínculos, e assim potencializa o cuidado dos profissionais perante aos usuários. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2011), o cuidado no CAPS deve ser realizado por meio do Plano Terapêutico Singular (PTS), em que cada usuário deverá ter seu plano terapêutico construído em conjunto com a equipe, a família e o próprio usuário em consonância com o seu desejo.

Além de oferecer atividades e oficinas de cunho terapêutico, as ações desenvolvidas no serviço às vezes excedem a estrutura física do local e vai de encontro com a rede de suporte social, sempre preocupada com o sujeito e sua singularidade.

As atividades realizadas nessas instituições (como por exemplo, grupos de fala, atividades físicas, passeios e festas, grupos de canto, dentre outros), ocorrem de diferentes formas, visando à humanização do tratamento clínico e a criação de mecanismos para reinserção social dessas pessoas (o resgate a cidadania). Caracteriza-se segundo Lobosque

(2001), como uma clínica ampliada e em movimento, com o objetivo de estabelecer cuidado de forma integral, por meio do diálogo e a criação de espaços para as aproximações, visando sempre o que faz sentido para o sujeito em sofrimento psíquico. São ofertadas várias atividades terapêuticas no CAPS, como por exemplo:

Atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação. **Atendimento em grupo:** oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal. **Atendimento para a família:** atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares. **Atividades comunitárias:** atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários. **Assembléias ou Reuniões de Organização do Serviço:** a Assembléias é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido (Brasil, 2004, p. 17).

As atividades de oficinas terapêuticas podem ser: Expressivas – que são espaços de expressão corporal/verbal, culinária, musical, atividade física e artística; Geradoras de renda – onde existe a possibilidade de aprender com as atividades propostas, e isso pode servir como fonte de renda; ou de Alfabetização que é destinada aos que não são letrados (Brasil, 2004).

É necessário ressaltar que estamos em um momento de transição de paradigmas em que o modelo médico da psiquiatria clássica, foca o tratamento somente na doença e remissão dos seus sintomas. Assim, reduz o sujeito aos seus sintomas, classificando-o como um “doente mental”, que necessita de isolamento e não possui autonomia e nem direitos à cidadania. Todavia, atualmente está sendo implementada outra forma de cuidado, que

consiste no tratamento baseado no modelo de atenção psicossocial, definido por “conjunto de dispositivos e instituições que fazem com que o cuidado em saúde mental tenha uma incidência efetiva no cotidiano das pessoas assistidas” (Tenório, 2001, p.55). Ou seja, o foco do tratamento não é a doença, e sim o sujeito e sua singularidade. O cuidado é oferecido por uma equipe multidisciplinar, com atuação interdisciplinar, visando à reinserção social.

E, na medida em que o modelo médico psiquiátrico clássico vai diminuindo, sabe-se que o CAPS vai tendo maior visibilidade na sua forma de atuação, que se baseia no cuidado de forma integral e humanizado, o que colabora para modificar a maneira da sociedade enxergar o estigma da doença mental, bem como o aprimoramento dos profissionais na área.

Faz-se necessário mencionar sobre a diferença entre o funcionamento do CAPS e a lógica hospitalocêntrica. No espaço do CAPS, os usuários devem participar ativamente na elaboração do plano terapêutico singular, como por exemplo, na escolha das atividades que irão participar (de acordo com sua vontade e na quantidade que desejam), ao contrário do ambiente psiquiátrico manicomial, que se configura por possuir uma rotina que é imposta, tornando-se sem significados para eles, não sendo terapêutico.

O tratamento pode diferenciar-se para cada CAPS, porém o seu funcionamento é de forma não excludente. O cuidado é com o foco no sujeito, ou seja, será construído com cada usuário um plano terapêutico singular. Esse plano terapêutico é elaborado por um profissional da equipe em conjunto com o usuário, onde será decidido, de acordo com a vontade dele, as atividades que irá frequentar. Lembrando que o CAPS é um serviço onde os usuários em sofrimento psíquico devem possuir livre acesso para frequentar os espaços da instituição, e não precisa necessariamente se limitar as atividades que estão escritas no documento (Campos & Gama, 2006).

No entanto, por outro lado, é visível o risco de burocratização e a presença do modelo manicomial no cotidiano dos CAPS. Sabe-se que a manutenção de práticas controladoras

pode ser sutil, e acontecem no dia a dia da instituição, ou seja, as diferentes formas de dominação e classificação, que acabam controlando a vida do sujeito em sofrimento psíquico. De acordo com Pelbart (1990), essas atitudes estão marcadas por uma cultura manicomial, que remetem aos nossos manicômios mentais. Portanto, é importante que sejam desenvolvidas estratégias para auxiliar o CAPS, como as atividades de convivência aqui propostas, para combater o processo de institucionalização, propiciando a revisão de preconceitos e estigmas (Resende, 2011).

2.2 A clínica em movimento: um olhar ampliado para o sujeito

Os serviços substitutivos, ao contrário do modelo manicomial, são lugares transitáveis e flexíveis, onde o processo terapêutico pode ocorrer dentro do consultório, mas em sua grande maioria acontece de forma reinventada e ampliada, nas dependências da instituição (como por exemplo, no corredor ou nas oficinas) e no território (Lancetti, 2008). É uma clínica que diz respeito às questões subjetivas do sujeito, as relações com sua família e trabalho (Lobosque, 2003). O usuário não é obrigado a permanecer dentro do consultório, se esse movimento lhe causa mais sofrimento. O profissional que vai precisar estabelecer alternativas outras, para tentar acolher essa dor.

Nessa perspectiva, de acordo com Lobosque (2003), trata-se de retirar a saúde mental de uma clínica tradicional focada na doença, e de instituir ações de uma clínica em movimento, onde se prioriza a autonomia e independência do sujeito. Assim, os profissionais do serviço devem promover essa lógica de clínica ampliada, onde existe a necessidade de participação e adesão dos usuários no processo terapêutico.

Portanto,

A clínica ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas em sua vida (Brasil, 2007).

Assim, a clínica ampliada tem o foco principal no sujeito e sua produção de saúde, na ampliação da autonomia frente ao tratamento e na inclusão social. Isso ocorre por meio da construção do vínculo entre o profissional e o usuário, o que facilitará na construção do plano terapêutico dele, que deve variar para cada pessoa.

De acordo com a tradição basagliana, do ponto de vista de Campos (2001), a doença mental é deixada em suspenso, pois o foco do profissional deverá ser a pessoa que está sofrendo. Deixando de lado o olhar tecnicista, porque a ênfase do processo deixa de ser a doença e passar a ser o sujeito em sofrimento e toda sua história de vida.

Cada usuário terá como referência um profissional da equipe, que será encarregado em ser seu técnico de referência em seu processo. O usuário costuma estabelecer um vínculo específico com este técnico, o que abrirá um espaço para que o usuário compartilhe assuntos que muitas vezes não consegue conversar com outros profissionais (Lobosque, 2003).

É importante lembrar que este profissional poderá ser de qualquer área de atuação (psicólogo, enfermeiro, assistente social, entre outros), Lobosque (2003) afirma que essa interface “não se garante por uma formação acadêmica específica, mas sim pela disposição, que não se aprende na escola, de escutar e ponderar, decidir sem arbitrariedade e negociar sem imposição” (p. 33).

Entende-se então que o objetivo da clínica ampliada é construir possibilidades de cuidado de acordo com a vontade do usuário. É a partir de sua demanda que se dá início ao processo terapêutico. O usuário se constitui como um ser desejante, que na maioria das vezes o seu discurso não é legitimado. O papel do profissional do CAPS é criar estratégias para abrir novos caminhos, fazendo com que essa vontade possa surgir. Assim, possibilitará em ganhos significativos para o sujeito no seu tratamento.

Acredito ser importante mencionar que não precisamos ter um local tradicional, dentro do setting terapêutico para acolher o sofrimento intenso. Este conteúdo, que lhe traz dor e angústia, poderá ser acolhido nos mais diferentes espaços dentro ou fora do CAPS (quando, por exemplo, esse sofrimento intenso ocorre em um passeio). O que está em jogo neste momento é atender as necessidades do usuário, independente do espaço físico idealizado, e sim como para ele é possível entrar em contato o outro podendo compartilhar sua dor.

O principal desafio de se fazer uma clínica ampliada é reconhecer que existem representações sociais marcantes que estão intrínsecas na formação do profissional da saúde, que muitas vezes vêm trabalhando a muitos anos nesse modelo hospitalocêntrico sintomatológico e tecnicista, o que se torna complicado de se aceitar e modificar o modo de atuação. Segundo Bursztyn & Rinaldi (2008), é uma “clínica” que vai ao encontro com o novo, que faz sentido a partir do momento que se reconhece a suposta existência de uma razão inconsciente do sujeito e mesmo diante do sofrimento intenso, antes mesmo de tratar o sintoma, ali existe uma pessoa e sua singularidade.

Assim, acredita-se que para conseguir vencer esse desafio, ressalta-se sobre a importância das supervisões clínicas com a equipe. Pois dessa forma, pode-se comparar com o que Lacan (1969-1992) teorizou sobre os quatro discursos, que de acordo com o que Bursztyn & Rinaldi (2008) afirma o discurso dos profissionais é sustentado por um laço social entre eles, e também possui uma função específica, que é de promoção da circulação das informações. Para que o profissional possa colocar suas dificuldades da prática, na supervisão ou reunião acerca dessa nova clínica em movimento, necessita-se que a pessoa que estiver transmitindo a informação tenha um discurso “Ao contrário do discurso do mestre, que parte do Um que ordena, o discurso do analista parte da falta desse UM (...)” (Bursztyn & Rinaldi (2008, p. 6). Ou seja, “a falta desse Um” é sustentada pela pessoa que conduz a supervisão,

que precisa assumir esse lugar vazio de que nada sabe, é saber colocar o seu saber em um lugar de reserva, para que a equipe possa surgir com suas demandas no decorrer de seu discurso.

Bursztyn & Rinaldi (2008) referem-se que esse vazio deve ser sustentado por várias pessoas diferentes, bem como o seu sucesso vai depender dos atores envolvidos, um por um. Não se deve apropriar desse vazio como uma indicação de insuficiência, porque o desenvolvimento desse trabalho em equipe permite que todas essas pessoas envolvidas assumam um posicionamento de simplicidade e aprendizagem diante esse novo paradigma psicossocial. Esses encontros em reuniões ou supervisões devem ser momentos de reflexões acerca dos impasses presentes que a própria clínica nos apresenta. Trata-se de desenvolver um trabalho com a equipe a partir do que cada membro vivencia cotidianamente.

Capítulo 3 – A convivência, como um novo dispositivo de cuidado no campo da saúde mental

Sabe-se que falar sobre essa temática, levando em consideração a escassez dos estudos acerca deste fenômeno, é muito desafiador. A origem da palavra convivência segundo o site de Etimologia da web vem do latim e remete a “viver com”. Penso que talvez esse significado possa ser bem mais compreendido e utilizado culturalmente pela sociedade. Porém, permite-se dizer que em todas as esferas (como exemplo, na política, saúde, educação, família, dentre outras), podemos fazer uso dessa expressão “viver com”, só que nem sempre essa convivência ocorrerá de um modo harmonioso e com afinidade.

É a partir dessa lógica que este capítulo irá refletir sobre a relevância da convivência como um dispositivo clínico, situando-a no campo da atenção psicossocial, com a finalidade de ajudar o CAPS a alcançar seus objetivos no campo da saúde mental. Entende-se que a

convivência atua como um dispositivo clínico de desinstitucionalização, pois visa à elaboração de outra resposta social a loucura, que não seja a de controlá-la.

3.1 A convivência como um dispositivo clínico

Como mencionado no segundo capítulo deste trabalho, o CAPS é um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, portanto, entende-se que as ações realizadas no cotidiano do CAPS devem ir de acordo com os desejos dos usuários, ou seja, promover atividades que lhes façam sentido e que tenha algum significado, pois se acredita que atuando dessa forma, os usuários vão estar amparados e assistidos conforme sua vontade e a atividade terá potencialmente um caráter terapêutico.

Pensando dessa forma, acredita-se que a atividade de convivência é fundamental nesses espaços, pois não é construída a partir de normas pré-concebidas ou rígidas, mas sim, por meio do ato da própria convivência diária com o outro. É uma relação de reciprocidade que às vezes, só em estar ou fazer algo junto com o outro, evidencia-se a potencialidade desse cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico (Resende, 2015).

Assim, a convivência pode torna-se promotora de autonomia e empoderamento, além de atuar no serviço em uma lógica diferenciada dos hospitais psiquiátricos, visando o cuidado humanizado no campo da saúde mental. Às vezes, o estar ou fazer algo junto com outro se manifesta como uma ação potencializadora de cuidado, no qual se tem um reconhecimento acerca da experiência do sofrimento psíquico do outro, que por meio do diálogo será acolhida e legitimada.

A convivência se constitui como um processo desafiador, pois está permeada no plano das relações interpessoais, e com isso poderá acarretar em desentendimentos e frustrações, bem como em alegrias e companheirismo. Segundo Tenório (2002), conviver com outro se torna um grande desafio, uma vez que proporcionamos a esse outro uma nova experiência de

se expressar, de enfrentar sua existência e seu sofrimento. De acordo com Resende (2015), a convivência pode também configurar-se de uma forma alienante de estar com, somente para passar o tempo, como por exemplo, nos manicômios. De modo que não é qualquer forma convivência que possui um potencial clínico.

Do ponto de vista histórico-cultural, segundo Tacca (2004), é na conexão do sujeito com o outro, com seu próprio mundo e com a instituição que ele se constitui e é constituído em uma relação de construção. A partir do contato com seu mundo e com o outro é que as relações sociais se modificam e ocorrem as transformações.

Esse movimento é dialético e contínuo, e permite que o sujeito assuma uma posição ativa em todo processo. Dessa forma, este ir ao encontro com o outro pode ser caracterizado por inúmeros encontros de valores pessoais, que possuem significados dentro do contexto particular de cada um (Tacca, 2004). Faz-se necessário mencionar que essa troca de valores pessoais pode ser evidenciada por situações harmoniosas e alegres, tal como também em um cenário conflituoso.

Portanto, como já foi mencionado em alguns momentos nesse trabalho, tanto nas situações de harmonia, convergência e conforto, quanto nos momentos de discussão, intriga e divergência, ambos estarão permeados pelo ato de conviver. Mesmo em ocasiões divergentes, não tentamos negar ou apaziguar os conflitos, e sim resolvê-los. Essa ação de resolver os conflitos junto com o sujeito vai ao contrário da lógica manicomial, onde o sujeito deve engolir goela abaixo o que a instituição lhes impõe, sem o direito de se manifestar contrariamente.

Foucault (1975) traz uma reflexão importante sobre o paciente que engole, e faz uma analogia a respeito da relação institucionalizante da loucura, com o processo biológico de ingestão “Tu engolirás teus medicamentos, tu engolirás tuas refeições, tu engolirás nossos cuidados, nossas promessas e nossas ameaças (...)” (Foucault, 1975 p. 318). Então, de acordo

com essa lógica o sujeito deve aceitar e engolir tudo que lhe for colocado, sem ter o direito à oposição, pois o discurso superficial do corpo técnico é de que isso “servirá somente para o seu bem”.

No entanto, ao contrário dessa lógica institucionalizante em que o sujeito se submete a vontade do outro, esse presente trabalho é uma tentativa de mostrar que a convivência possui potencial clínico como um dispositivo de cuidado que, segundo Resende (2015), tem por finalidade desenvolver processos de subjetivação que estejam pautados no respeito acerca de como o sujeito simboliza sua experiência do sofrimento psíquico intenso para o mundo.

É por intermédio do estar disponível para fazer junto e escutar o outro, que a convivência começa a se estabelecer. Isso faz com que aconteça o fortalecimento do vínculo na relação entre o profissional e usuário, e até mesmo entre usuário e usuário. O fazer e estar junto pode acontecer em espaços formalizados dentro do CAPS (nas oficinas), ou nas dependências da instituição (na hora do almoço) e até mesmo em espaços informais (em um passeio). Nestas diferentes situações, criam-se novas formas de cuidado, estabelecendo uma relação de confiança e potencializando momentos de rica interação.

É importante incentivar atividades externas, que sejam realizadas fora do cotidiano da instituição. Essas atividades devem estar pautadas de acordo com o desejo dos usuários, como exemplos acontecem: passeios culturais, clube, ir ao shopping, dentre outros. É por meio dessas ações que os resultados terapêuticos inusitados podem surgir.

Essa nova forma de cuidado que acontece em espaços diferenciados se dá porque o profissional encontra-se disponível e acessível para que o outro possa surgir, e assim criar possibilidades para começar uma conversa, um “bate papo distraído”, onde aparecerá sofrimento psíquico intenso. É por meio do vínculo estabelecido entre o profissional e o usuário que essa lógica acontecerá (Grigolo, 2010).

Nessa convivência diária, criam-se possibilidades de cuidado para acolher e gerenciar crises conforme as demandas forem surgindo para cada pessoa que sofre, e que muitas vezes nos processos institucionalizantes no serviço esse cuidado não ocorre. Seja porque o sujeito não confia no outro para contar sobre sua dor ou pelo fato de que estar naquele local ou fazer determinada atividade não faz o menor sentido para ele, e até mesmo por ser uma consulta com hora marcada e justamente naquele dia, não querer ir.

Segundo Tenório (2001), “a atenção psicossocial não é exclusivamente nem a reabilitação, nem a clínica institucional, mas o conjunto de dispositivos e instituições que faz com que o cuidado em saúde mental tenha uma incidência efetiva no cotidiano das pessoas assistidas” (p. 55). A convivência se desenvolve como um processo a partir da identidade do grupo. É construída de acordo com a vontade e desejo do grupo, mantendo sempre uma relação horizontalizada entre o corpo técnico e usuários.

Como afirma Basaglia (2005), para desinstitucionalizar é preciso modificar a relação hierárquica estabelecida entre os profissionais e usuários. Acredita-se que através da convivência de forma igualitária e pautada no respeito, será possível construir uma relação não institucionalizante.

Destarte, espera-se que a convivência seja desenvolvida de acordo com o que Amarante (2007), afirma “(...) pensar o campo da saúde mental e atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo; um processo que é social; e um processo social que é complexo” (p.63). Quando se fala em processo, refere-se a algo que está em constante movimento e transformação, e dentro dessa lógica as situações que permeiam esse processo, podem ser benéficas em alguns momentos e em outros conflituosos, da mesma forma que acontece na convivência.

Capítulo 4 – Uma reflexão acerca das experiências de convivência no cotidiano de um CAPS

Nesse capítulo faz-se necessário situar sobre as condições sociais e históricas de produção do fenômeno pesquisado (Demo, 2006). O local escolhido para a reflexão desse presente estudo foi um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, localizado no Distrito Federal. O CAPS, de acordo com o Ministério da Saúde (2004):

São instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (p. 9).

E assim, poder criar estratégias para potencializar as equipes com relação ao cuidado e reabilitação psicossocial do sujeito com sofrimento psíquico, conforme discutido no capítulo dois.

Ao longo desses anos, conforme a implementação das atividades de extensão neste CAPS através do PRISME, fui fazendo registros escritos em forma de diários de campo, acerca da minha experiência na convivência em diferentes atividades. Os materiais utilizados para a presente reflexão apoiam-se nesses diários de campo, que registraram a minha participação nas atividades e oficinas de convivência, durante o período de março de 2013 (quando iniciei minhas atividades de convivência) até novembro de 2015.

Os diários de campo, que descrevem e refletem minha experiência, serão tomados como uma narrativa que será analisada segundo a hermenêutica de profundidade de Thompson e de acordo com a proposta de Demo (2006) que se refere a uma análise crítica do fenômeno estudado, onde conteúdos dos diários de campo não são analisados somente no sentido aparente, mas sim pelo seu sentido implícito também. Propõe-se que a análise do conteúdo levantado seja feita por sua intensidade, mas do que por sua extensão. Para esse

autor, os argumentos devem estar bem fundamentados, para que sempre ocorra uma discussão crítica e inteligente com a realidade (Demo, 2001).

Para Falkembach (1987), os diários de campo podem configurar-se de duas formas diferentes: a descritiva, que visa o registro detalhado das informações observadas e vivenciadas e a reflexiva, que são reflexões pessoais do pesquisador acerca do cenário estudado, ou seja, são percepções, impressões e sentimentos do mesmo sobre o campo. Assim, nesse trabalho utilizarei a lógica do Diário de Campo Reflexivo. Portanto, o presente trabalho de monografia não vai realizar uma pesquisa direta com os sujeitos, não se configurando em estudos de casos, mas uma análise da experiência da autora. Por meio da análise dos diários de campo será feita uma reflexão sobre a potencialidade de intervenções no contexto dos CAPS, organizadas a partir da lógica da convivência.

No dia 12 de Dezembro de 1995 foi sancionada no Distrito Federal a Lei de nº 975, que presumia instituir diretrizes favorecendo a saúde mental na região. A lei prevê que “leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas especializados deverão ser extintos num prazo de quatro anos desde que a lei fosse promulgada” (Brasil, 2002 p. 24). No entanto, já se passaram vinte anos desde a sua publicação e até hoje o hospital psiquiátrico do DF – o São Vicente de Paula, o único daquela época, continua de portas abertas, funcionando como a principal referência para o atendimento a crises psiquiátricas. Mesmo após ter ocorrido algumas modificações no decorrer desses anos, o hospital ainda funciona na lógica asilar e manicomial.

Sabe-se que segundo o Ministério da Saúde (2012) a realidade do Distrito Federal é preocupante, pois é insuficiente a quantidade de serviços substitutivos que dispomos, não estando em conformidade com a política nacional em saúde mental. Atualmente temos uma rede de serviços substitutivos composta por dezesseis instituições de Atenção Psicossocial, sendo que sete unidades são para atendimento a usuários de álcool e drogas acima de dezoito

anos, e duas unidades são para o atendimento de álcool e drogas infanto-juvenil. Existe um CAPS para atendimento de adolescentes de 10 a 18 anos com transtornos mentais e vítimas de violência, que é o COMPP. E, por último, temos apenas seis CAPS para adultos acima de 18 anos, com transtornos mentais graves e persistentes para atender toda a população do DF. A demanda tem aumentado a cada dia que se passa e isso faz com que o DF fique em penúltimo lugar do país em relação aos serviços prestados da atenção a saúde mental (Brasil, 2012).

A autora desse trabalho começou a atuar no serviço no segundo semestre de 2013, por meio do projeto de extensão interdisciplinar em saúde mental do UniCEUB, o PRISME. Nesse semestre, meu primeiro contato com os usuários foi na atividade da *Tenda Jurídica*, trabalhando em conjunto com uma aluna do direito. Essa parceria com a aluna do Direito tinha por finalidade realizar um trabalho interdisciplinar entre as duas áreas. Ou seja, como aluna de Psicologia, oferecer uma escuta para o usuário que estava em sofrimento psíquico, e a aluna do Direito orientava em relação às demandas jurídicas (como por exemplo: passe livre, benefícios, preenchimento de formulários, dar entrada em processo no Ministério Público), bem como as diversas interfaces entre estes dois processos: acolher o sofrimento e as demandas de violação de direitos humanos.

Cabe mencionar que nesses atendimentos a atuação das alunas extensionistas era dinâmica e muitas vezes nossos papéis se complementavam, pois atuávamos em parceria, acolhendo o sofrimento e as demandas e também conjuntamente engendrávamos ações como acompanhar o usuário para dar entrada em um processo. O objetivo desta atividade era oferecer um acolhimento e uma escuta cuidadosa ao usuário, para juntos pensarmos na construção de ações em que eles se apresentem como sujeitos possuidores de direito.

Neste primeiro semestre de 2013 vivenciamos inúmeros desafios relacionados ao CAPS. Como por exemplo, o serviço não divulgava para os usuários e seus familiares que

havia essa atividade de *Tenda Jurídica*, portanto, em alguns dias, não havia ninguém para atender. A equipe olhava para nós com certo descaso, e por algumas vezes, nem respondia quando os cumprimentava com um bom dia.

No primeiro semestre de 2014, o CAPS mudou de um lugar relativamente pequeno, tinha somente uma sala para os grupos terapêuticos, recepção, um consultório médico, a sala da gerência, a estrutura do local lembrava uma casa, para um lugar maior e bem estruturado (apesar de agora estar parecido com um hospital), contendo: salas maiores destinadas para oficinas terapêuticas, uma sala para equipe de profissionais, duas salas para gerência, uma sala arquivo de prontuários, uma sala para os profissionais do administrativo, dois banheiros para os profissionais, três consultórios para atendimento individual, um amplo refeitório, cozinha, dois banheiros para os usuários.

A ideia de organizar um grupo de convivência no CAPS surgiu a partir do desejo da autora ao observar que o serviço estava se tornando muito burocratizado. As ações desenvolvidas no local privilegiavam o modelo clínico tradicional, sendo priorizados os atendimentos individuais, com o foco no sintoma, o que nos remete a uma organização manicomial e não psicossocial.

Assim, essa experiência me possibilitou levantar reflexões sobre as ações desenvolvidas no CAPS e levar as minhas inquietações e angústias para as reuniões de supervisão. Tais inquietações partiram das dificuldades encontradas no cotidiano do serviço, como a forma institucionalizada na relação de um cuidado “tutelado” das pessoas com sofrimento psíquico grave, pela presença de paradigmas conflitantes. Esse cuidado “tutelado” acontecia de forma maçante no cotidiano do serviço, o que podemos comparar com o mesmo cuidado institucionalizante dos hospitais psiquiátricos.

“O usuário chega ao serviço para sua consulta psiquiátrica, no entanto, diz que gostaria de jogar xadrez enquanto aguarda sua vez. Mas um

profissional responde que ele não pode jogar xadrez porque não tem ninguém da equipe para ficar com ele durante o jogo (...)” (Diário de campo, nº 12).

No primeiro semestre de 2014, organizei o grupo de convivência, duas vezes por semana. O grupo de convivência foi se efetivando lentamente no contexto do CAPS. No primeiro dia em que retornei ao serviço após as férias, fui conversar com a gerência sobre a ideia de implementar o grupo, mas ela se encontrava de férias. No entanto, uma profissional da equipe me recebeu, para quem relatei qual seria a minha proposta de atividade para aquele semestre.

“Senti como se ela tivesse me jogado um balde de água fria, pois à medida que fui falando (super empolgada) sobre o funcionamento do grupo de convivência, o seu objetivo, ela me interrompeu e disse: “você não pode fazer uma atividade dessas aqui dentro, os usuários não vão participar, porque não vão saber o que é isso, vão vir e vão fazer o que”? É melhor você pensar em uma proposta diretiva de atividade, para apresentar à gestora. Escuta o que estou lhe dizendo” (Diário de Campo, nº 12).

Nesse relato citado acima, fica claro a presença de diferentes olhares (a visão da aluna – extensionista, bem como o olhar da profissional) que denunciam a presença de dois paradigmas existentes no contexto do CAPS. Segundo Amarante (2007), o paradigma do modelo clássico manicomial atua de uma forma alienante, em que se fundamenta no controle, vigilância e disciplina do usuário, coisificando suas experiências. Assim, o foco do tratamento está pautado na cura da doença ou do sintoma, se esquecendo de que por trás da “doença”, existe um sujeito desejante. Todavia, o paradigma atual está em construir uma forma de cuidado embasada no campo psicossocial, de acordo com a proposta de Basaglia, citada por Amarante (2007):

Enfim, se a psiquiatria havia colocado o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença, a proposta de Basaglia foi a de colocar “a doença

entre parênteses” para que se fosse possível se ocupar do sujeito em sua experiência (...). E na mesma medida em que a doença é posta entre parênteses, aparecem os sujeitos que estavam neutralizados, invisíveis, opacos, reduzidos a meros sintomas de uma doença abstrata (p. 66 e 67).

Levei essa situação em específico para supervisão e, em outra oportunidade apresentei a proposta da convivência para gestora que aceitou a proposta, e me disse que o serviço estaria de portas abertas para a implementação desta atividade.

A diretriz da convivência organiza-se a partir da vontade do usuário, ou seja, ele quem decide qual atividade participar e o que fazer na atividade. O usuário também pode participar de todas as atividades propostas se quiserem ou de não participar de nenhuma e sugerir outra atividade. E assim se desenvolve o espaço de convivência, onde o usuário é instigado a decidir qual oficina que está com vontade de frequentar, e com isso ir ganhando voz e autonomia no processo de construção da atividade.

Foi um semestre desafiador, pois no começo surgiram várias dificuldades para implementação da convivência. Ao mesmo tempo em que o serviço encontrava-se de “portas abertas” para o desenvolvimento da atividade, percebe-se que a equipe não acreditava muito no potencial da convivência como um dispositivo de cuidado. Como exemplo, os usuários que frequentavam o grupo não eram encaminhados para ele por meio do acolhimento, e sim, eram usuários que iam ao CAPS para passar o dia e eu os convidava para o grupo.

No entanto, com passar dos meses fomos desenvolvendo ações que chamaram a atenção do serviço, como:

“Um usuário que já estava sendo acompanhado por mim há alguns meses no grupo, e víamos desenvolvendo várias atividades nas quais eram pautadas no desejo dele (...). Como exemplo, um dia fizemos uma pipa (...) ele me ensinou a fazer, e cada um fez a sua pipa e depois fomos soltá-la na área externa em frente ao CAPS. Alguns meses depois, esse usuário decidiu sair da casa de sua tia (após várias desavenças) e ir procurar um lugar para morar, pegou sua mochila, arrumou seus pertences e foi para o CAPS. A equipe tentou se aproximar dele nesse dia, tendo em vista que ele estava

inquieto, nervoso, sem paciência, e ele dizia “(...) não quero conversar com nenhum de vocês, ninguém nunca ligou para mim aqui dentro, porque querem saber o que aconteceu? Estou esperando pela Áurea, e é com ela que irei conversar” (Diário de Campo, nº 15).

A partir desse episódio o grupo de convivência teve maior visibilidade por parte dos profissionais, pois pode ser notado um efeito terapêutico das ações que estavam sendo consolidadas com esse usuário. Esse dia, em especial, ficou marcado pelo estabelecimento da parceria entre a atividade de convivência e a equipe do CAPS, pois no caso citado acima tivemos que fazer diversas articulações com a rede como um todo, bem como intermediações com os familiares dos usuários.

No segundo semestre de 2014, que continua até a presente data, iniciei com o grupo de convivência na terça-feira à tarde. Mas especificamente, era um grupo de convivência *Diversão na Cozinha*, e nesse dia também tinha mais três oficinas, o *Cine CAPS*, *Monte coisas* e *Horto terapêutica*. Dentro dessas atividades, ao longo de sua implementação foram realizadas outras atividades, que serão descritas no próximo tópico. Essas atividades foram sendo desenvolvidas de acordo com a vontade e desejo dos usuários. A duração de cada oficina tem aproximadamente o tempo médio de três horas.

Durante essas atividades de convivência, a autora deste trabalho contou com a colaboração de duas alunas de graduação do curso de Psicologia do UniCEUB, que participam do projeto de extensão ou do estágio supervisionado. E também com a contribuição do psicólogo da instituição, que acompanha as oficinas há um ano e meio, e logo após as atividades, realiza supervisões no intuito de trocar informações e promover a discussões sobre os casos.

Nos próximos tópicos será descrito o funcionamento da atividade de convivência e do grupo de convivência, que foram as duas formas de intervenção realizadas no projeto de extensão e estágio em saúde mental que inspiram a reflexão engendrada neste trabalho.

Entende-se que a atividade de convivência é a disponibilidade para “*estar com*” com o outro, nos espaços informais no cotidiano do CAPS, sem ter um horário pré-determinado. Já o grupo de convivência é “*estar com*” e “*fazer junto*” com o usuário de acordo com sua vontade, valorizando suas habilidades. Também será realizada uma reflexão sobre a potencialidade da convivência no contexto psicossocial em saúde mental nos dois tipos de intervenção.

4.1 A potencialidade das atividades de convivência

A atividade de convivência se caracteriza por conversas individuais ou em grupos, em momentos informais, no qual interajo com os usuários, enquanto eles esperaram por uma consulta psiquiátrica, acolhimento, ou aguardam para tomar medicação injetável. Geralmente, esse primeiro contato ocorre na recepção da instituição, no corredor ou no banco de espera do lado de fora da instituição.

Essas atividades de convivência podem acontecer em espaços de convívio em comum, dentro ou fora da instituição, no corredor, no estacionamento, no refeitório, enquanto o usuário está lanchando, no jardim, dentre outros espaços denominados como informais, como: ir com o usuário até a parada de ônibus, no posto de saúde, no fórum ou no Ministério Público.

É caracterizada pela seguinte dinâmica: é o meu convívio com os usuários em espaços informais no cotidiano do CAPS, o “*estar junto*”. E a partir destas experiências, foi possível vislumbrar a potencialidade clínica desses espaços e momentos informais.

O objetivo dessa atividade é estar disponível para conviver com os usuários em outros espaços, fora do contexto de oficinas ou dentro de consultórios. É estar acessível para conversar com eles, bem como com os seus familiares, em espaços não “convencionais”, em qualquer intercorrência que aconteça no decorrer do dia.

Uma senhora, aparentemente de 70 anos, estava muito confusa com relação a seu medicamento. Perguntou para um profissional “onde poderia conseguir o remédio, e ele respondeu que não havia na rede pública e não poderia fazer nada por ela”. Aí ela perguntou para outro profissional que lhe deu a mesma resposta. No decorrer da manhã, percebi que ela chegou a perguntar para três pessoas diferentes da equipe e todos deram a mesma resposta (Diário de Campo, n° 35).

Nota-se o despreparo da equipe para lidar com a situação relatada acima, porque em nenhum momento aquelas pessoas procuraram entender qual seria a real dúvida dessa senhora, que estava gerando sua confusão, angústia e tristeza. É importante que a equipe de saúde circule por esses espaços não “convencionais” e promova uma escuta e acolhimento adequado e que isso não ocorra somente nos espaços estipulados, como por exemplo, em consultórios (Lobosque, 2003).

Nesse dia eu estava coordenando um grupo terapêutico de fala, e tive que passar por essa senhora algumas vezes, e foi onde percebi essa situação. Quando o grupo terminou, fui atrás dela, que se encontrava no espaço externo do CAPS, mas precisamente em um banco de concreto que existe na entrada da instituição. Minha intenção era de entender realmente qual seria sua demanda, que na verdade, ela relatou a mesma coisa que já havia comentando com algumas pessoas da equipe, “(...) tenho que encontrar um lugar na rede que tenha meu remédio, porque não tenho dinheiro para comprar”. Perguntei a ela se seu remédio já havia acabado, e ela me disse: “(...) não, ainda tenho medicação para 20 dias”. Esclareci-lhe que não precisava ir atrás da medicação por agora, já que ainda tinha, mas que quando tivesse perto de terminar, que ela poderia me procurar, para pensarmos em uma forma de encontrar a medicação. Ela disse “(...) fiquei confusa com a notícia de não ter o remédio na rede, de não ter dinheiro para comprar e me assustei, fiquei nervosa e com medo, não posso ficar sem esse remédio minha filha. Mas agora já entendi, quando tiver perto de acabar, lhe aviso” (Diário de Campo, n° 34).

Essa escuta em um espaço informal permitiu que a senhora me relatasse sobre o que estava lhe angustiando. Provavelmente isso não ocorreria se o cenário fosse um grupo terapêutico de fala ou um atendimento individual, porque além de ser um encontro pré-

agendado ou programado semanalmente, com data e hora marcada, também acredito que possa ter interferência na forma que profissional se dispõe para “*estar com*” o usuário. Contudo, uma vez que o profissional se mostrar disponível para escutá-lo em espaços diferentes do que o habitual, o sujeito em sofrimento irá perceber o seu interesse genuíno em oferecer uma escuta particularizada. E essa atuação poderá aumentar a possibilidade do usuário falar sobre si mesmo.

Sabe-se que sofrimento psíquico não tem dia e hora certa para ocorrer, por isso, o corpo técnico deve estar preparado para receber o sujeito em crise durante sua jornada de trabalho. Segundo Resende (2015), é necessário ressaltar que as atividades de convivência quebrem um pouco com o protocolo institucionalizante estabelecido pelo serviço, onde qualquer vontade do sujeito fora do seu plano terapêutico não é reconhecida como legítima. Não estou aqui desmerecendo os grupos terapêuticos de fala, que de acordo com Tenório (2002), é importante ter grupos de escuta formal, pois é na relação do profissional com o grupo que se criam possibilidades para construção de subjetividade. No entanto, algumas pessoas sentirão dificuldades de se adequarem a atividades com dia e horário pré-determinado, permeada por uma escuta formal.

A atividade de convivência possui um potencial frutífero que se dá a partir da movimentação do cuidador, pelos espaços informais do serviço. É de justamente poder circular por toda área do CAPS, com o intuito de estar atento e disponível para as demandas que possam surgir do usuário. Segundo Lobosque (2003) “é um circular constante que não tem por objetivo vigiar, e sim fazer companhia” (p.24). No entanto, de acordo com Resende (2015):

A aproximação e o cuidado não se organizam de forma homogênea ou padronizada, mas a partir da sensibilidade para analisar a necessidade de cada um, o momento de aproximar-se informalmente de alguém que

esteja isolado e respeitar se seu desejo for continuar só, o momento de oferecer ajuda o momento de esperar e não interferir (...) (pg. 242).

Essa atividade torna-se desafiadora, pois é por meio da convivência e do “estar com” o outro, que se descobre o equilíbrio para atuar com cada sujeito sem se impor. É a partir de um cuidado sem tutela, estando disponível e disposto para ouvir, mas também sem desassistir e ter uma posição assistencialismo ou de distanciamento. Concordo com Resende (2015), quando afirma que estar à disposição para “*estar com*” ocorre como consequência do:

“(...) **interesse autêntico por cada um**. Afinal não se trata de tomar, por exemplo, as características aqui descritas como regras ou protocolos de como agir; estas somente fazem sentido se articuladas com um interesse autêntico pelo outro e uma disponibilidade, inclusive afetiva, para cuidar (...)” (Resende, 2015, p. 243, grifo nosso).

Fica nítido que para que essa dinâmica da atividade de convivência aconteça, é necessário que o profissional esteja disponível para movimentar-se pelos espaços informais do CAPS, o que poderá acarretar em encontros mais espontâneos e atenciosos, isso permitirá que o vínculo se estabeleça. O corpo técnico precisa ter disposição para escutar e entender o sofrimento, e com essa atenção dada ao usuário, uma escuta particularizada, cria possibilidades para que o sujeito fale sobre si mesmo, com segurança e sem constrangimentos.

É relevante relatar sobre a importância dos espaços de espera, que são os locais onde o usuário aguarda por um atendimento psiquiátrico, pelo acolhimento ou até mesmo pelo início do grupo terapêutico que vai participar. O sujeito precisa se sentir confortável nesses espaços de espera, pois assim, de certa forma, o cuidado vai se tornando mais humanizado e acolhedor, configurando-se em uma forma diferenciada da lógica manicomial, como por exemplo:

Cheguei ao CAPS, dei bom dia, guardei meus materiais e me sentei ao lado de um usuário que aparentemente aguardava na recepção. Primeiramente perguntei se poderia ficar ali, ao seu lado, ele me respondeu que sim e começamos a conversar sobre diversos assuntos (não, relacionados ao tratamento) enquanto ele aguardava por sua vez para consultar com a psiquiatria. Quando chegou sua vez, ele me agradeceu por estar ali, ao seu lado, pois ele estava muito nervoso e com medo de se consultar pela primeira vez, e relatou “(...) você aqui ao meu lado, fez com que o tempo passasse mais rápido, consegui me acalmar falando sobre outros assuntos, pensando em outras coisas (...). Será que agora você poderia entrar no consultório comigo”(Diário de Campo, nº 10).

A atividade de convivência acontece de forma espontânea, em que, ao me aproximar dessa pessoa, criou-se possibilidades para a formação do vínculo, bem como o seu fortalecimento. Essa situação se tornou possível, pois demonstrei que estava ali, disponível para escutá-lo naquele momento difícil. Essa relação de construção do vínculo entre profissional e usuário é fundamental para que o processo terapêutico se estabeleça, por isso, é preciso valorizar a construção desses vínculos como instrumento essencial do trabalho. Assim, de acordo com Lancetti (2008), desarticulam-se os “espaços-tempos manicomial”, acionando “a relação do coletivo (pacientes, trabalhadores de saúde mental e dirigentes) com a sociedade” (p. 22).

Um usuário havia chegado ao CAPS pela primeira vez e iria passar pelo acolhimento com a psicóloga do serviço, enquanto ele aguardava na recepção para ser atendido, o convidei para tomar café da manhã no refeitório, com isso, ele me contou sobre sua crise e vontade de morrer, estava bastante abalado e chorando copiosamente. Ele me disse também, coisas pessoais, como por exemplo, ter sido abusado sexualmente quando criança por anos (Diário de Campo, nº 15).

Lancetti (2008) e Amarante (2006) indicam que é na construção de novos cenários, a produção subjetiva do sujeito aparece, pois esses espaços informais permitem que o usuário sintase à vontade para contar suas angústias. Destarte, sua fala torna-se essencial para

trabalharmos novas formas de subjetivação que estão sendo expressas do seu sofrimento psíquico (Lobosque, 2001).

Falando ainda sobre o relato acima, na medida em que ele me descrevia seu sofrimento, chegou a segurar minha mão e pude sentir no seu olhar e toque, toda sua dor e angústia. E como isso me tocou grandiosamente, ao longo de nossa conversa, senti que aquele sofrimento me fora transmitido e por questão de segundos já estava sofrendo junto com ele (Diário de Campo, nº 16).

A atividade de convivência também me permitiu experienciar à integração com o sofrimento do outro. Isso ocorreu por estar disponível para escutar e acolher naquele momento a dor dele, o que possibilitou a criação de certa intimidade e cumplicidade entre nós. Segundo Campos & Miranda (2012), a partir de uma perspectiva winnicottiana, o profissional precisa oferecer ao usuário um suporte afetivo, que possibilite a ele (re) viver e se apropriar das novas significações acerca desta experiência. Esse trabalho será possível de ser realizado por intermédio da construção de uma relação de confiabilidade que deve existir entre o profissional e o usuário. Ou seja, a relação de confiança deve estar permeada “por meio de cuidados concretos, tais como pontualidade e capacidade para estar desperto e atento, bem como para se deixar conduzir pelas necessidades emocionais do paciente” (Campos & Miranda, 2012, p. 524).

Neste sentido, o profissional é convocado a sustentar uma relação de confiabilidade com o usuário, e diante da crise, oferecer um suporte para que essa dor seja re (vivida). Esse sofrimento psíquico intenso vem à tona, sendo descarregado a partir do momento em que se encontra um novo ambiente favorável e confiável no profissional, que é o suporte necessário para gerenciar crise (Campos & Miranda 2012).

Ressalta-se ainda a importância de oferecer uma escuta para os familiares do usuário, que podem se encontrar em sofrimento perante toda essa situação. Escutar a família do

usuário também faz parte do tratamento. O objetivo principal desse contato deve ser para conhecer o funcionamento da dinâmica familiar, construindo vínculos para que possam se expressar, já que a família constitui também, a princípio, a rede de apoio do usuário (Lobosque, 2001).

“(...) Assim que ele entrou no consultório para ser atendido, seus pais me encontraram no corredor do serviço, solicitando por ajuda, pois não sabiam mais como lidar com seu filho, querendo interná-lo, já que ele não aceitava tomar os remédios (...)” (Diário de Campo, nº 17).

Aqui parte-se do princípio de que estar com os familiares também pode ser benéfico para o acompanhamento do tratamento do usuário. Segundo Lobosque (2003), de vez em quando, o familiar chega bastante confuso no serviço, sem saber como deve agir com seu ente querido nas situações de crise e muitas vezes pedem por internações em hospitais por não conhecerem alternativas.

No caso a seguir, a usuária em questão participava do grupo de convivência *Diversão na Cozinha* há mais de um ano, sendo que seu histórico de tratamento (dentro desse período) obteve melhoras significativas, no qual se estendeu para sua vida fora do serviço. Havia mais ou menos três semanas que ela não aparecia no grupo. Seu pai frequenta a terapia familiar (quarta pela manhã), conversou comigo, relatando que sua filha estava em crise (muito nervosa) e parou de tomar a medicação. Informei o que estava acontecendo para equipe de referência e agendei uma visita domiciliar, contudo, não obtivemos sucesso, uma vez que a usuária se recusou a atender a equipe. O serviço de saúde entrou em greve, funcionando somente com uma equipe mínima.

Na quarta-feira pela manhã, estava estacionando meu carro e percebi que essa usuária se encontrava do lado de fora do CAPS, e estava acompanhada pelo filho mais velho e sua

mãe. Já estava indo embora, pois tinha ido se consultar com a psiquiatra, só que sua consulta era na parte da tarde.

Desci do carro, e ela veio na minha direção, me deu um abraço apertado, conversamos um pouco e pedi que ela entrasse para conversarmos melhor. No primeiro momento ela resistiu, “(...) não vim aqui para conversar com você, não quero ficar nesse lugar.” Insisti mais uma vez para que ela ficasse tendo em vista que já havia dias que não participava do grupo de convivência, e eu estava com saudades e gostaria de ficar ao seu lado por mais tempo, assim a mesma aceitou (Diário de Campo, nº 40).

Assim, como cita Tenório (2002), o que pensei naquele momento foi em criar possibilidades para o fortalecimento do vínculo, estando disponível e presente para nossa relação. As formas terapêuticas de cuidado vão variar conforme a demanda de cada pessoa.

Entramos no CAPS e fomos conversar no refeitório, ela estava muito confusa, nervosa, com o humor rebaixado, com delírios persecutórios e discurso religioso. Disse “(...) não vou ao grupo da cozinha porque não tenho nada para fazer aqui, Jesus me pediu para ajudar as pessoas no meio da rua e não para ficar nesse lugar, cheio desse jeito, é uma bagunça (...)”. “(...) aqui só me passam remédios, não quero tomar mais nenhum remédio, porque a cada vez que tenho que engolir um comprimido, eu morro aos poucos.” Após algum tempo de conversa, chegaram mais três usuários no refeitório, e ela começou a expressar sua agressividade comigo “(...) você não pode usar esmalte dessa cor, Deus não permite esse absurdo, e também não pode usar presilha no cabelo, você acha que vai para céu usando o batom forte desse jeito, não podemos jogar dominó, isso Deus não permitiria, é pecado” (Diário de Campo, nº 41).

Entende-se que essa expressão da agressividade se apresentava na forma de sintoma do seu delírio persecutório, portanto, a usuária estava falando aquelas coisas porque precisava colocar para fora a dor que estava sentindo naquele momento. Percebi que à medida que ela foi conseguindo se expressar, também foi se acalmando e sua angústia diminuindo. Ressalta-se que naquele momento, a crise dela não acabou por ali, mas aos poucos a intensidade do sofrimento psíquico foi diminuindo.

Ao longo de nossa conversa, a usuária me disse que iria à igreja, que era próxima ali do CAPS, perguntei se poderia ir junto e ela respondeu “claro minha filha, vamos sim, você me fará companhia”. Fomos andando até a igreja, no decorrer da caminhada, conversamos sobre diversos assuntos, tais como: família, trabalho, igreja, dentre outros. E ao chegar à igreja, nos dirigimos ao altar e depois fomos para capela rezar, ficamos por volta de trinta minutos lá. Na volta para o CAPS, ela disse “(...) olha, não vou esperar mais pela minha consulta não, quero ir embora, à tarde eu volto no horário certo para a consulta com a médica. Muito obrigada viu, pode deixar que vou voltar a tomar os remédios certinho e na próxima semana venho para cozinha e quero fazer uma torta de frango. Um beijo querida e até semana que vem” (Diário de Campo, nº 41).

Nota-se que quando fomos à igreja, em todo o trajeto, essa foi uma dinâmica do modelo da clínica peripatética (Lancetti, 2008), estratégia usada para estar disponível para ouvir e para “*estar junto*” com o outro em qualquer lugar, com o objetivo de ouvir seu sofrimento, legitimando suas experiências de vida e assim, ajudando-a a organizar seu pensamento e ações.

A clínica peripatética, conforme descreveu Lancetti (2008), possui o significado etimológico de “passar, ir e vir conversando” (p. 15). Compartilha-se de tal afirmação, pois ocorreu a promoção de estratégia que ultrapassou os limites físicos do CAPS, transpondo o cuidado que acontecia internamente, do lado de “dentro” do serviço, para o lado externo, de “fora”.

Compartilho da mesma forma de atuação que Lancetti (2008) propõe para o campo da saúde mental, que é por meio do *peripatetismo*, sendo este um dispositivo interessante para trabalhar com algumas formas de sofrimento psíquico que não se adaptam ao protocolo dos dispositivos clássicos tradicionais, realizado entre quatro paredes, dentro do consultório. Essa forma de intervenção nos espaços-tempos é marcada pela ousadia e criação, onde o tratamento é pautado na preservação da singularidade de cada sujeito (Lancetti 2008).

Assim, essa experiência me permitiu refletir sobre a diversidade de cenários urbanos férteis que temos para utilizar como um dispositivo de cuidado. Além de essa ação configurar-se como mecanismo efetivo para reinserção social, promovendo a autonomia, e atuando em conjunto com o usuário fora do serviço, ou seja, em diferentes espaços sociais (Lancetti, 2008).

Essa foi uma experiência que me tocou profundamente, ao chegar à igreja, coisas esquisitas aconteceram comigo, comecei a suar muito, cheguei a me emocionar várias vezes no local, talvez seja pelo fato de meus pais me falarem constantemente para frequentar uma religião. Lembro-me que a usuária havia me dito que eu teria que ter muita paciência no decorrer do meu dia. Como ela adivinhou isso? O restante do meu dia foi tumultuado em todos os sentidos. Nesse dia cheguei a ficar por três horas interrompidas com essa usuária, sem sair do seu lado. Quando acabou meu horário de estágio, fui embora me sentindo exausta, entrei no meu carro e chorei copiosamente por alguns minutos, contudo, em seguida veio àquela sensação de alívio e gratidão por ter conseguido passar por essa experiência sem desmoronar e até mesmo por ter podido ajudar a usuária a se organizar dentro de sua crise (Diário de Campo, nº 41).

De acordo com Resende (2015) e Figueiredo (2007), percebe-se que o cuidado oferecido pela estagiária nesta última reflexão, foi uma experiência marcante por envolver questões pessoais. E o cuidado foi oferecido com certo “sacrifício” (fiquei por três horas seguidas com a usuária), mas também teve uma dimensão prazerosa. Ou seja, “não é o espírito do sacrifício que a move” (Figueiredo, 2007, p. 24), e sim uma relação que é permeada pela afeição e respeito.

Em consonância com Figueiredo (2007), são apresentadas algumas formas do cuidador lidar com o cuidar do outro e de si mesmo, que se remete a presença do cuidador em “acolher, reconhecer e interpelar”, mantendo sua participação, aguardando o momento oportuno, porém sem se intrometer excessivamente. Remete-se aqui a um cuidado que faça sentido para outro que está sendo cuidado, é um “fazer sentido”.

“Uma usuária chegou ao serviço em sofrimento psíquico grave, apática e chorando bastante, e enquanto sua mãe estava na terapia de família, me aproximei dela e perguntei se gostaria de conversar. No primeiro momento ela resistiu e me disse que não gostaria de falar nada, perguntei se poderia ficar ao seu lado fazendo companhia, me respondeu que sim. Após alguns minutos, me pediu para irmos para um lugar reservado, pois gostaria de conversar comigo e não queria que ninguém soubesse de sua história no corredor. Fomos para uma sala, ela começou a me contar sobre seu problema, e de repente parou de falar e disse que não me contaria mais nada, pois eu não passava de uma simples estagiária e não saberia resolver nada. Solicitou ser atendida por um profissional, comuniquei o caso para gerência que pediu para um psicólogo atendê-la. Entretanto, a usuária também não quis ser atendida por ele, pois diz não gostar de homens e me chama novamente para conversar” (Diário de Campo, nº 58).

A partir de uma perspectiva winnicottiana, segundo Figueiredo (2007) o “acolher” diz respeito ao cuidador que exerce a função de sustentar e conter o outro em sua *intersubjetividade transubjetiva*, oferecendo condições necessárias para modificações. Essa continuidade deve sempre ser ofertada pelo cuidador, sendo elaborada e reconstruída passo a passo com o outro. É importante que o cuidador ofereça um apoio que sustente a dor daquele momento. O serviço deve funcionar como um abraço da mãe suficientemente boa para seu bebê (essas são referências simbólicas), assim oferecer um suporte necessário que tenha segurança e não o reprima que dá continência e ao mesmo tempo oferece caminhos para transformações (Figueiredo 2007).

A outra forma de cuidado é “reconhecer”, segundo Figueiredo (2007) é composta por uma relação entre duas pessoas que possuem uma função uma para com a outra, apesar de o cuidador possuir uma atribuição própria, que é a de “reconhecimento”. Para abordagem psicanalítica, esta função pode ser desdobrada em dois níveis, segundo os autores Winnicott (1971) e Kohut (1978), a partir da concepção de Figueiredo (2007) “o do testemunhar e o do refletir/espelhar” (p. 10). Assim, torna-se claro que essa forma de cuidado deve ser desenvolvida com muita atenção e silenciosamente, bem como ser respondida na dose certa.

“Uma usuária chegou ao CAPS desorientada, não falava e demonstrava-se resistente para entrar no serviço. A minha forma de intervenção foi sentar-me ao seu lado, no meio fio da calçada em frente ao serviço e sustentar um silêncio por aproximadamente uma hora, o que me pareceu uma eternidade. Após a quebra desse silêncio, a usuária começou a me contar sobre o que gosta de comer, e fomos para cozinha preparar algo para lancharmos” (Diário de Campo, nº 33).

E a última forma de cuidado é a “interpelar”, no qual se equivale a uma intimação em que o sujeito é convidado a falar. Segundo Resende (2015), remetendo-se ao que Figueiredo (2007) pressupõe, “Esta intersubjetividade é chamada de traumática por sua função de questionar e interpelar, instituindo a diferença, trata-se, portanto, de um trauma constitutivo e estruturante” (Resende, 2015 p.78).

“Um usuário denunciou sua família ao Ministério Público por três vezes por sofrer agressões verbais constantes por causa do seu sofrimento psíquico, no entanto, em todas às vezes seu processo foi arquivado por falta de provas. Ele quis denunciar pela quarta vez sua família e novamente não tinha provas suficientes. Convidei esse usuário para conversarmos, e por algumas horas o provoquei para que pensasse sobre o assunto, porque enquanto não tiver provas concretas, não vai conseguir processar sua família” (Diário de Campo, nº 102).

Faz-se necessário mencionar que as três funções do cuidado “acolher, reconhecer e interpelar”, precisa estar funcionando de forma equilibrada para que o cuidado tenha sentido e significado para o sujeito (Resende, 2015). Assim, Figueiredo (2007) afirma que o exagero no excesso de cuidado acarretaria em catastróficos resultados “até de doce de coco, que é bom, a gente enjoa. Os excessos da implicação são bem mais graves do que um mero mal-estar gástrico. Quando a intersubjetividade transubjetiva domina em excesso, configura-se uma experiência de engolfamento totalitário e claustrofóbico (...)” (p.20).

O sujeito que está no papel de agente do cuidado está acostumado a atuar fazendo as coisas, mas nem sempre o cuidador deve envolve-se com o fazer, o ideal é que ele coloque sua presença em reserva para que o outro possa surgir com a sua demanda. Ou seja, “(...)

apenas deixar-ser e deixar-acontecer” (Figueiredo, 2007, p. 22).

4.2 A potencialidade dos grupos de convivência

A oficina de Convivência, no primeiro ano da extensionista na instituição acontecia duas vezes por semana, as quartas-feiras e sexta-feira pela manhã (08:00hs às 11:00hs) e no segundo momento, o grupo de convivência passou a acontecer duas vezes por semana, terça a tarde (14:00 as 17:00) e na quarta feira pela manhã (08:00hs 11:00hs). Esse grupo caracteriza-se por ser aberto a todos os usuários e familiares que quisessem frequentar. Todas as pessoas que tivesse vontade de participar do grupo no dia seriam bem vindas.

É relevante mencionar que a oficina de convivência é direcionada em conformidade com a demanda dos participantes, portanto, nesse grupo são realizadas diversas atividades diferentes ao mesmo tempo, com vários subgrupos dentro da própria convivência. Os participantes se comunicando e interagindo uns com os outros, uma troca de experiências e aprendizados.

Dentro do grupo da convivência são desenvolvidas quatro oficinas terapêuticas, a primeira é a *Diversão na Cozinha*, que foi criada pela própria autora deste trabalho com o objetivo de construir vínculos com as pessoas em sofrimento psíquico, através de uma oficina que eles tivessem a liberdade de escolher o que gostariam de fazer, e até mesmo ensinar suas habilidades de cozinhar, para aquelas pessoas que quisessem aprender. E assim, por meio desta oficina construir espaços de interlocução, com um ambiente acolhedor e harmonioso, sempre com o objetivo de construir práticas emancipadoras².

Um dos grandes benefícios de cozinhar é o clima familiar que vai envolvendo as pessoas, é uma arte que mexe com a criatividade e com os nossos sentidos. É uma ótima maneira de conhecer pessoas, bem como trocar as informações “(...) não tem nada melhor

² Vale ressaltar que não sei cozinhar, minha inexperiência na cozinha era total.

como uma boa conversa em volta de uma mesa, enquanto estamos ensinando a cozinhar ou até mesmo aprendendo” (Diário de Campo nº 35). Cozinhar é rememorar os acontecimentos, lugares, pessoas e épocas anteriores, como por exemplo, a família quando se juntava na véspera do Natal para fazer a ceia. Faz parte do ato de cozinhar ter a presença de conflitos, de erros, resolução de problemas, elogios, diversão, alegria, dentre outros.

Essa oficina funciona no ambiente da cozinha, que contém uma bancada de inox, um fogão e forno industrial, duas pias, utensílios para preparar os alimentos, micro-ondas, geladeira e freezer. O serviço dispôs de um armário (que funciona como uma dispensa), onde se guarda os materiais (ingredientes), que é utilizado no preparo das refeições.

Os usuários se organizam e decidem junto o que querem cozinhar, de acordo com os ingredientes disponíveis, para depois prepararem a refeição. Essa refeição pode ser um lanche (bolo, torta salgada, café, rosca, dentre outros) ou um almoço (arroz, macarrão, feijão tropeiro, e etc). A oficina começou com uma doação em dinheiro de R\$200,00 por mês, e atualmente recebe R\$ 150,00 por mês, para os usuários irem conosco ao supermercado fazer compras (mais a frente explicitarei sobre o motivo da construção desta relevante estratégia).

Essa doação em dinheiro adveio de algumas pessoas conhecidas, como: amigos e familiares, que após apresentação do projeto *Diversão na Cozinha*, se sensibilizaram com a iniciativa e decidiram colaborar com a doação em dinheiro para irmos ao supermercado. Também foi apresentado o mesmo projeto para instituição acadêmica de ensino o UniCEUB, bem como para meus colegas de sala de aula, com o objetivo de arrecadar alimentos para oficina e também roupas usadas para o bazar do CAPS. Recebemos várias doações de alimentos e roupas, o que ajudou bastante a oficina no início da ação.

A segunda oficina terapêutica é o *Monte Coisas*, que há mais de um ano funciona no refeitório do CAPS, mas nem sempre foi assim. Esse grupo terapêutico já funcionava há

algum tempo, foi criado e coordenado pelo psicólogo da instituição³, sendo desenvolvido em uma das salas destinadas para oficinas. Mesmo com suas limitações, essa era a oficina que mais se aproximava com os objetivos de um grupo de convivência. Em determinado momento, o psicólogo que coordenava o grupo entrou de férias e esses dois grupos tornaram-se um só. Ou seja, as duas oficinas foram acontecendo simultaneamente, os usuários eram livres para transitar tanto na cozinha, quanto no *Monte Coisas* ao mesmo tempo⁴. E quando o psicólogo voltou das férias, as duas oficinas permaneceram funcionando dessa mesma forma.

As atividades desenvolvidas são possibilidades expressivas diversas, tais como jogos (xadrez, baralho, dominó, dama, quebra cabeça, jogo da memória, peteca, ping pong), pintura e desenho com lápis de cor, canetinha ou tinta, confecção de painéis (sobre os aniversariantes do mês, dia da luta antimanicomial, conferência de saúde mental, outubro rosa), enfeitar a instituição para comemoração de datas especiais (páscoa, dia das mães, natal, festa junina), tem uma usuária ensinando a fazer crochê, outro usuário ensinando a tocar violão, outra usuária ensinando a fazer bolsa de pano, dinâmicas, passeios, dança, dentre outros.

Faz-se necessário mencionar que essas atividades realizadas na oficina *Monte Coisas* só começaram a acontecer efetivamente desta forma que relatei acima, após os dois grupos terem se tornado um só, digo como um grupo de convivência proposto segundo os objetivos da autora deste trabalho. Concordo quando Teixeira (1998) que não é suficiente oferecer ao usuário uma oficina bem estruturada (com horário demarcado para entrar e sair ou com atividades agendadas), pois muitas vezes isso não fará o menor sentido ou terá significado para ele.

³Ao longo desses anos, esse profissional em específico, tornou-se um grande parceiro, com relevantes contribuições para a implementação dos grupos/atividades de convivência no cotidiano CAPS.

⁴Esse foi o primeiro passo para os outros grupos, que já aconteciam antes da minha chegada, tornarem-se oficinas terapêuticas de convivência.

O objetivo do grupo de convivência não é do sujeito participar da oficina com o intuito de passar seu tempo ociosamente, por não ser interessante o que está sendo feito ali. Segundo os estudos do Teixeira (1998), o ideal é apostar na superação da crise, através das habilidades e aptidões deles em ensinar algo ou desejo por aprender. Então, quanto maior for à interação dos usuários com o mundo, com uma rotina não excludente, melhor será sua resposta de superação a crise, bem como o estabelecimento da reinserção social.

A terceira oficina terapêutica é a *Horto Terapia*, é uma horta que se encontra localizada na lateral da instituição. Esse grupo já acontece acerca de mais ou menos três anos. O curso da horta foi oferecido aos usuários do CAPS pelo PRONATEC, que é o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego foi criado pelo Governo Federal, em 2011, por meio da Lei 11.513/2011, tendo por objetivo ofertar cursos de formação inicial e continuada ou qualificação profissional e presencial (Brasil, 2012).

Os usuários que participaram do curso foram ensinando as técnicas aprendidas uns aos outros, ao longo desses anos. Eles cuidam da horta plantando, regando, capinando, dentre outras atividades. Já foram plantadas várias verduras e hortaliças, tais como: abóbora, cenoura, berinjela, alho, alface, salsinha, melancia, e outras. Algumas dessas verduras/hortaliças são utilizadas pelo grupo *Diversão na Cozinha*. Essa atividade é coordenada por uma técnica de enfermagem, e há pouco tempo, a instituição foi gratificada com um curso de Jardinagem/Paisagismo, oferecido pela Honoplantas, por intermédio de uma estagiária de psicologia do UniCEUB.

E por último e não menos importante, a quarta oficina terapêutica que foi criada recentemente, é o *Cine CAPS*. A atividade é coordenada por uma técnica de enfermagem e os usuários escolhem o filme que desejam assistir. A sala é adaptada provisoriamente como se fosse um cinema, colocam-se cartolinas pretas nas janelas, para escurecer o ambiente,

disponibilizam colchões para quem quiser deitar e cadeiras para sentarem. Enquanto isso, no grupo *Diversão na Cozinha*, os usuários preparam pipoca para esse momento.

Recentemente, o grupo terapêutico de fala *Renovar* passou a acontecer na terça-feira também, compondo a grade de atividades de convivência desse dia. É coordenado por uma psicóloga, que deixou o grupo disponível para os outros usuários participarem, quando se sentirem vontade.

A autora desse trabalho denomina todas essas atividades e oficinas terapêuticas como de convivência, pelo motivo de que nesse dia, diferente do funcionamento do CAPS nos outros horários, se instituiu uma “tarde de convivência” a partir da junção de várias oficinas. Os usuários, familiares, equipe e estagiários estão convivendo, aprendendo e ensinando uns com os outros. Devido à possibilidade de trânsito dos usuários e de flexibilidade das ações, é que se constitui esse espaço de convivência.

Resende (2015) apresentou em sua tese “Eis-me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental”, características e princípios de convivência que serão resgatados neste trabalho. O objetivo de sua pesquisa foi articular o cuidado e a inclusão social, permeada pela lógica da convivência. Ressaltando o potencial da convivência através da disponibilidade afetiva de “estar com”, “fazer junto” e “deixar ser” como uma estratégia de cuidado no contexto da atenção psicossocial no campo brasileiro da saúde mental.

Portanto, as características e princípios que fazem destas oficinas um espaço de convivência, se assemelha com o que Resende (2015) propôs em seu estudo: que a partir do diálogo com o grupo, através de uma abertura para ouvir o outro, não se estabeleça uma relação de hierarquia e autoridade, em que o profissional se coloca como o suposto detentor do saber (no qual vai ensinar o usuário a fazer artesanato, e ele vai aprender, sem ao menos gostar disso). Assim, sabe-se que isso só será possível por meio da mudança da relação entre

os profissionais e usuários, por meio do diálogo compartilhado, que o grupo vai decidir o que será feito.

O modo de funcionamento da convivência diferencia-se das outras atividades do CAPS, pois utiliza uma estratégia diferenciada, no qual é estar disponível afetivamente para escutar o outro e fazer junto com ele, o que possibilita o fortalecimento do vínculo, abrindo mais espaço para convivência com o usuário.

O usuário não é obrigado a participar da oficina se não tiver vontade, não possuindo horário marcado para entrar ou sair do grupo. O trabalho terapêutico é feito de acordo com o tempo e vontade de cada um, respeitando-os sempre em sua subjetividade. A perspectiva fundamental desta oficina, é que o cuidado seja ofertado pela equipe e pelos próprios usuários por meio da hospitalidade e a fraternidade (Resende, 2015).

Um dos grandes diferenciais dessa atividade é o não engessamento nos papéis a ser desempenhado por cada participante da oficina, o mais importante é eles conseguirem perceber que são capazes de decidir em grupo as atividades que desejam realizar naquele momento, e assim, conseguem colocá-la em prática. Cada um no seu ritmo e com suas habilidades. E mesmo aquelas pessoas que não desejam fazer nada, elas são respeitadas em sua singularidade.

Esses grupos tornaram-se oficinas de convivência, a partir da estratégia instituída no grupo *Diversão na Cozinha*. Toda vez que algum profissional entrava de férias, seu grupo se juntava com grupo *Diversão na Cozinha*. Como uma consequência dos resultados produzidos por esta nova forma de ofertar o cuidado a partir da *Diversão na Cozinha*, os profissionais da enfermagem/técnicos de enfermagem, desenvolveram no final de 2014 uma grade de atividades de convivência para todos os dias da semana.

Na terça-feira à tarde, no primeiro momento, todos os usuários do CAPS se reúnem no refeitório, onde ocorre uma conversa entre os usuários/familiares e equipe. Pergunta-se

quem está indo pela primeira vez no grupo, são realizadas as apresentações (tanto dos usuários, quanto da equipe/estagiários). Após isso, explica-se sobre o funcionamento de cada atividade, geralmente é solicitado para que alguns usuários falem um pouco sobre as oficinas realizadas no dia. Em seguida, a orientação é para não se esquecerem de assinar o caderno de presença. E por fim, é falado para os usuários que eles podem escolher um desses grupos para participarem, ou podem transitar por todos os grupos se assim desejarem.

O grupo de convivência possui uma característica central que se diferencia das outras atividades oferecidas pelo CAPS pelo seu modo de funcionamento, porque os usuários podem escolher a atividade que desejam realizar conforme a sua vontade. Ou seja, precisamos sempre estar criando possibilidades que contribuam para que o usuário se aproprie do seu poder de escolha, e assim todos decidirem juntos, enquanto um grupo (coletivo), o que deve ser feito.

É um grupo aberto, onde todas as pessoas podem frequentar, sendo elas, os usuários, familiares, profissionais, estagiários de outras instituições e a comunidade. Não possui uma obrigatoriedade rigorosa na participação do grupo, no sentido de que se a pessoa optar por não participar das atividades propostas (pelos próprios colegas) no decorrer da tarde, por estar com algum tipo de dor (como exemplo, dor de cabeça ou com um sofrimento muito intenso), por querer somente observar, ou até mesmo por não ter desejo ou vontade de estar aí naquele local. Essa forma de atuação vai de acordo com o que Lobosque (2003) propõe de uma clínica em movimento “uma clínica que não caminha para si mesma, mas se combina e se articula com tudo que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio entre os homens” (p.21).

Se o desejo do participante é o de não estar no grupo em determinado dia (seja por qualquer motivo), isso não acarretaria em nenhuma espécie de “obrigação” a eles. Quando o usuário aferir não querer estar no grupo naquele dia, no primeiro momento, procura-se saber

o motivo pelo qual não quer participar, oferece-se ajuda e sempre dizemos “(...) estamos aqui, se precisar de algo pode contar comigo para qualquer coisa (...)”. Esse também é um modo de cuidar, ao demonstrar interesse genuíno pela pessoa que está ali na sua frente, respeitando sua vontade, sem impor o meu querer (mesmo que seja com objetivo de ajudar). Logo, esse modo de funcionar do grupo causou certa estranheza por boa parte das pessoas, os usuários e principalmente pelos profissionais.

“Mas Áurea, se o usuário fala que não quer fazer determinada atividade, seja na convivência ou no grupo terapêutico de fala, eu enquanto psicólogo, vou precisar fazer alguma coisa, meu trabalho é promover mudanças no paciente, se ele me diz um não hoje e outro semana que vem, não posso deixar de insistir para que ele fale ou faça algo, para que se movimente, com o objetivo de gerar mudanças e sair dessa posição passiva. Se for para deixá-lo ir para casa sempre, o melhor é pegar minhas coisas e sair do trabalho(...)” (Diário de Campo n° 30).

Fica claro no trecho relatado acima que possuímos duas formas diferenciadas de intervenção. Uma é onde o profissional atua com a finalidade de buscar no usuário respostas diferente daquelas que ele já está acostumado a dizer, que é a de “não querer participar da atividade”. Essa forma de trabalho tem por objetivo em gerar mudanças efetivas no discurso do usuário visando o benefício de seu tratamento. Não querendo desmerecer a sua forma de atuação (até mesmo porque já presenciei algumas vezes e em sua grande maioria, o usuário permanece no grupo), mas de acordo com o que acredito e em conformidade com a lógica da convivência é respeitar o desejo do usuário de não querer permanecer no grupo ou de não querer fazer a atividade. Essa é uma aposta, mesmo que antecipada, em sua potencialidade e também não age de forma institucionalizante.

Entende-se aqui que o limite para cuidar do usuário será sempre até onde ele me permitir ir. E que, ao demonstrarmos verdadeiramente interesse por ele, faz com que se sinta reconhecido, e em na grande maioria, ele volta ao grupo (mesmo ainda estando em crise) por

saber que pode contar com você, ou quando decide em participar do grupo, beneficia-se com momentos frutíferos de interação na convivência.

“(…) nesse dia, a usuária não queria ir ao passeio, chegou ao CAPS apática, sem volição, triste, com medo e após uma longa conversa comigo, ela havia decidido que iria. Durante o trajeto do passeio a usuária manteve-se da mesma forma, e eu sempre ao seu lado, conversando e interagindo. Quando chegamos ao parque, sua fisionomia já havia mudado, ela conversava com os outros usuários, ajudou a organizar lanche (...)”. “(…) e quando chegou ao final do passeio, me agradeceu e relatou sentir-se melhor” (Diário de Campo nº 60).

Após ter apresentado a proposta do grupo de convivência *Diversão na Cozinha* para gerente do serviço, ela conversou com sua equipe sobre assunto, informando-os sobre o funcionamento da oficina. Acredito que alguns profissionais não estavam presentes nessa reunião (e também, os que estavam presentes podem não ter compreendido corretamente), o que gerou alguns equívocos sobre a forma de funcionar do grupo, causando desconforto com uma profissional em específico, que chegou a me procurar para conversarmos.

“A profissional veio conversar comigo e me disse que não poderia desenvolver com os usuários (na cozinha) atividades de vida diárias, porque quem constrói isso é um profissional da outra área, e assim, não poderia conduzir o grupo com essa perspectiva, porque se alguém fora do serviço ouvisse falar que a extensionista de psicologia estava fazendo essas coisas, iria ser vergonhoso, além de queimar meu filme (...)” (Diário de Campo nº 33).

Expliquei a ela como funcionaria a oficina, que seria um grupo de convivência que no primeiro momento iria começar nas dependências da cozinha (para depois se expandir para outras esferas do serviço), tem como requisito funcionar em um modelo fraternal, pautado em uma relação de fortalecimento de vínculos entre os usuários, proporcionando a interação entre eles, bem como a ampliação da rede social de apoio. Como toda convivência, essa relação também seria permeada por dificuldades e conflitos, que tentaríamos solucioná-los (na medida em que forem ocorrendo), em conjunto, pensando no coletivo.

Segundo a afirmação de Vasconcelos (2003), a formação universitária do profissional da saúde “sustenta-se em representações muito particulares das elites letradas das sociedades ocidentais” (p. 22), sendo instituído nos serviços o desenvolvimento de relações com autoritarismo, rigidez na atuação, e uma certa impessoalidade (marcada por um distanciamento) perante o sujeito. Parece-me que essa formação na área da saúde está permeada por uma lógica do modelo biomédico, onde o foco é na doença.

Diante esse novo paradigma que rompe com a lógica do cuidado assistencialista biomédico e visa o tratamento psicossocial multidisciplinar, faz-se necessário que também ocorram mudanças na forma de atuação do profissional. Ou seja, o corpo técnico precisa desenvolver uma reflexão crítica sobre essa forma de trabalhar, que segundo Resende (2015) deve ser baseada na ética profissional, sem concepções moralistas. Demo (2005) afirma, “o moralista acha que pode ou tem direito de dizer ao outro como deveria comportar-se, tomando como referência menos os direitos iguais e diferentes da convivência comum, do que a si mesmo como protótipo” (p. 36). Com isso, sabe-se que é importante para equipe modificar a sua forma de atuação, saindo de um lugar de autoridade para uma posição de compartilhar e conviver (Resende, 2015).

O primeiro dia da oficina foi preparado com carinho e capricho, a fim de remetermos a um clima descontraído e aconchegante de confraternização. Decidimos levar os ingredientes para fazermos cachorro quente e uma sobremesa de frutas com calda de chocolate (é um lanche que relembra comemorações no geral, como por exemplo, festa de aniversário), e também, enquanto o lanche estava sendo preparado, colocamos música para tornar o ambiente mais leve e harmonioso.

Antes do início do grupo, conversei com os profissionais que conduziam as atividades que aconteciam no mesmo horário (*Monte Coisas e Horta Terapia*), sobre a proposta do grupo e lhes perguntei se poderiam terminar as atividades alguns minutos mais cedo, para os

usuários poderem participar do lanche que estávamos organizando e para conhecerem a oficina.

Nesse dia, o grupo *Diversão na Cozinha* iniciou sua atividade apenas com uma usuária, e aproximadamente meia hora após ter começado, apareceram mais duas pessoas para participarem (afirmando que o cheiro que estava vindo da cozinha era bom). Em seguida, percebi uma movimentação de usuários pelo serviço e os convidei para participar também. Faz-se necessário relatar que nossos encontros acontecem no mesmo dia em que tem consulta médica com as duas psiquiatras e acolhimento, tornando-se um dia bastante movimentado. Alguns usuários que aguardavam se interessaram em participar, enquanto outros não quiseram, relatando estarem ali somente para consulta. Também convidei alguns profissionais do serviço para conhecer a atividade.

Horas depois, havia se instaurado um clima harmonioso e fraternal, “alguns usuários cantarolando pelo refeitório, outros conversavam entre si e até mesmo, tinha aqueles que só observavam toda a movimentação” (Diário de Campo, nº 50). Observei o primeiro contratempo, algumas pessoas estavam realmente deslocadas, sem saber o que fazer ou até mesmo o que falar. Tentei me aproximar desses usuários ao longo da oficina, objetivando descobrir o que gostam de fazer. Entretanto, no primeiro momento, eles não quiseram nenhum contato comigo ou com a outra extensionista.

Precisa-se deixar claro aqui que essa lógica de funcionamento da convivência é complicada para entender, porque os usuários não estão acostumados com essa flexibilização dos papéis, em que eles podem ensinar suas habilidades ou aprender algo novo uns com os outros. A grande maioria deles passaram anos e anos internados em hospitais psiquiátricos sem ter voz e direitos, os familiares obrigando-os a realizar atividades de que não gostam. Portanto, meu papel no grupo é de ser uma facilitadora na criação de possibilidades que aos usuários possam escolher, ensinar ou aprender.

Nesse mesmo dia, uma usuária relatou-me sobre sua dor, enquanto, fazíamos o molho do cachorro quente.

“(...) vim parar aqui hoje, pois estava insuportável ficar em casa sozinha, nem era meu dia de atividade, mas resolvi vir e ainda bem que você estava aqui. Semana que vem tem de novo? Será que posso participar sempre e chamar as outras pessoas do grupo de participo na quarta? (...)”. (Diário de Campo, nº 34).

Na fala dessa usuária fica nítido que a oficina *Diversão na Cozinha* estabeleceu um clima harmonioso e aconchegante ao se organizar um ambiente familiar, com uma música agradável, o preparo do lanche, bem como na hora de servi-lo. O que acredito ser mais importante para a construção da oficina, é respeitar o desejo do usuário de querer ou não participar da atividade, e também de legitimar o seu poder de escolha. Isso possibilita que o grupo se torne um referencial para os usuários/familiares, de que quando eles estão bem ou não, podem nos procurar que será recebido de braços abertos, e como afirma Lobosque (2003), essa é a função do CAPS.

Aproximadamente na terceira semana de funcionamento da oficina, alguns usuários sendo encaminhados para por intermédio do acolhimento, fazendo parte do plano terapêutico. Os motivos do encaminhamento eram: pela pessoa gostar de cozinhar, ou pelo fato do grupo de convivência ser considerado “aberto”, acolhendo qualquer tipo de demanda que aparecesse. Como por exemplo, alguns usuários que não se adaptavam ao grupo terapêutico de fala, como também não se adequavam as oficinas que o CAPS se propôs a desenvolver e na convivência, a dinâmica de funcionamento do grupo seria diferenciada, pois a escolha do que fazer seria de acordo com a vontade dos participantes.

Alguns dos usuários foram encaminhados diretamente pela gerência (de um modo formal, fazendo parte do plano terapêutico), e outros foram convidados por mim (de uma forma informal, como por exemplo: o usuário foi ao serviço para se consultar, no entanto, o

dia marcado da consulta não era aquele), para participarem do grupo e assim passaram a frequentar a oficina de uma forma que se sentissem a vontade e confortavelmente, que geralmente era jogando ou conversando com as outras pessoas, sem ter horário marcado para entrar ou sair do grupo, e até mesmo, sem ter a obrigação de fazer as atividades junto com os outros participantes.

Aos poucos os familiares dos participantes também foram frequentando o grupo, por terem sido convidados por nós, quando iam deixar ou buscar o usuário no CAPS, ou pelo fato de que não quiserem se separar de seu ente querido durante a oficina e até mesmo por terem a vontade de ficar. Em algumas situações pode-se notar que foi benéfica para o funcionamento do grupo a presença desses familiares. Como exemplo, uma usuária foi encaminhada para o grupo, e em sua segunda vez participando, convidou sua mãe para ir também. A mãe de um usuário participava da oficina da cozinha, enquanto seu filho estava na atividade da horta. A mãe de outro um usuário que o acompanhava no grupo semanalmente, um dia por conta própria, decidiu ensinar os outros usuários a dançar. O pai de usuária passou a frequentar o grupo porque gostava de jogar pingpong, baralho, dama com os outros usuários e com sua própria filha. Alguns familiares e amigos participaram do grupo ativamente, colaborando com novas propostas de atividades, tornando-se integrantes do grupo por algum tempo.

Esse movimento da entrada de familiares e amigos foi muito importante para eles poderem vivenciar através da convivência as outras formas de cuidar que também faz parte do tratamento. Os familiares puderam conviver com os usuários e ver que mesmo diante do sofrimento (em menor ou maior grau, vai depender de cada pessoa), que independente do dia, ele é um sujeito desejante, que tem vontade própria para fazer algo e o cuidador não deve passar por cima disso.

Como havia me referido anteriormente, o psicólogo entrou de férias e me pediu para receber seu grupo terapêutico *Monte Coisas*, mais três estagiários de psicologia e duas

estagiárias de terapia ocupacional de outras instituições. Trabalharíamos juntos por um mês, e o grupo *Monte Coisas* tinha aproximadamente 25 pessoas. Falei com o psicólogo, e disse que não haveria problemas em recebê-los, entretanto, teríamos que conversar sobre a forma de funcionamento do grupo, pois eles estavam ali para participar, fazendo junto com o usuário e não para realizar observações.

“Acho que caí de paraquedas na saúde mental, porque ao mesmo tempo em que não estou fazendo nada, o usuário me ensina a jogar baralho, e já estou fazendo algo, isso para mim não é terapêutico (...)”. “(...) essa oficina é muito desorganizada, não dá para trabalhar dessa forma não, é todo mundo falando e fazendo ao mesmo tempo, não consigo me aproximar do usuário no meio desse tumulto, é muita informalidade, cadê o começo, meio e fim?” (Diário de Campo, nº 38).

Percebe-se que existem inúmeros impasses na formação dos profissionais de saúde que dificultam na sua forma de atuação, dentre eles destaca-se: a visão centrada na doença onde é priorizada a cura do sintoma através de uma concepção medicalizadora; existe também muita teoria em sala de aula e pouca oportunidade de prática na área. O grande desafio das instituições acadêmicas é formar profissionais voltados para uma lógica psicossocial, que tenha a capacidade de atuar de forma integral e interdisciplinar. Deve-se ter uma reorientação no processo de formação profissional, em que mantenha a concordância com os princípios instituídos no campo da saúde de forma geral (Patriota, 2011).

Com a junção desses dois grupos (*Diversão na Cozinha e Monte Coisas*), desenvolvíamos as duas oficinas simultaneamente em espaços diferentes (*Diversão na Cozinha* era na área da cozinha e o *Monte Coisas* no espaço do refeitório). Cabe ressaltar aqui que o grupo ainda estava no processo de adaptação do funcionamento da convivência, pois alguns usuários já conseguiam escolher o que gostariam de fazer, e esse poder de escolha está fundamentado, segundo Figueiredo (2011), que mesmo que a pessoa esteja em sofrimento psíquico profundo, ali ainda existe implicado presença de um sujeito. E outros usuários ainda

não conseguiam se colocar para o grupo de acordo com a sua vontade. Com isso, alguns se isolavam, reclamavam por causa da movimentação (quantidade de pessoas) e por terem que escolher (estavam acostumados com atividades prontas), desorganização e barulho.

Aqui cabe mencionar sobre a forma que o grupo de convivência estava se organizando. A princípio denominei como uma “desorganização”, pois foi uma questão que me trouxe certo desconforto e angústia desde o aumento da quantidade de usuários participando do grupo. No entanto, será que se tratava mesmo de uma desorganização? Comparando-se com o que estava desorganizado? Nesse mês ficamos com um grupo de aproximadamente quarenta pessoas, e as duas oficinas iniciavam de uma forma confusa, pois não tinha aparentemente uma estrutura certa a ser seguida, muitos usuários falando ao mesmo tempo e querendo fazer atividades diferenciadas e até mesmo realizar as mesmas atividades.

Aos poucos, percebe-se que essa informalidade da oficina (que anteriormente chamei de “desorganização”), também faz parte do papel da convivência enquanto um processo. A convivência não possui uma estrutura correta para aparentemente ser seguida, porque vamos construir juntos a atividade. Sabe-se também que dá certo trabalho articular os desejos dos usuários de acordo com suas demandas. É trabalhoso mediar essa relação de convivência, pois alguns usuários queriam fazer a mesma atividade e outras atividades diferentes, e até mesmo havia pessoas que precisavam de uma dedicação maior, pois já entrava no grupo em crise, sendo que também havia quem não se identificava com nenhuma atividade desenvolvida e se isolava, e para mediar todas essas questões geralmente demoravam algumas horas.

De acordo com Resende (2015), todas as formas de participação do usuário devem ser acolhidas e são legítimas, sempre respeitando o ritmo, bem como o desejo do outro, não exigindo um modelo a priori de participação. Algumas vezes, a convivência ia se instituindo através dos próprios participantes, que iam conversando entre si e se organizando nas atividades desejadas, sem precisar da presença efetiva de um mediador.

“Na cozinha, um grupo de usuários queriam fazer bolo e outros optam por fazer torta salgada, e tem aqueles que querem fazer café, mas também têm aquelas outras pessoas que desejam fazer cuscuz, arroz, pudim, e seus desejos não acabam por aí... Após uma longa conversa, cheia de questionamentos e porquês, pois precisamos escolher o que iremos fazer nesse dia, sempre em conformidade com a vontade deles. Falo que não é viável usarmos todos os ingredientes que temos de uma vez só, porque vai faltar para as próximas semanas, mas digo que vamos conversar e decidir o que fazer juntos. Nesse meio tempo, usuários me procuram para resolver questões burocráticas, como: marcação de consulta, relatório para INSS e tem aquela usuária que está vindo ao grupo pela primeira vez e chora sem parar e sei que nesse momento ela precisa de uma atenção maior. Não consigo resolver tudo ao mesmo tempo, os estagiários/extensionistas que estão acompanhando o grupo nesse dia, sentem-se perdidos também e não sabem como agir diante a informalidade. Peço para os usuários aguardarem, que vamos resolver uma coisa de cada vez. Converso rapidamente com o estagiário e peço para se aproximar da usuária que está indo ao grupo pela primeira vez e quando retomo para conversar com o grupo da cozinha, eles se encontram em outro processo decisório, que é: de quem agora vai mexer bolo, bater as claras, untar a forma? (...)” (Diário de Campo, nº 39).

Após os três primeiros meses do grupo de convivência iniciando-se dessa mesma forma, percebo que esse incômodo é consequência de uma limitação minha. Ser obrigada a me silenciar diante essa informalidade, que demora algum tempo para todos decidam o que querem fazer. Sou acostumada a resolver as situações rapidamente do meu jeito, e assim tive que aprender a lidar com essa questão. Porque nesse grupo a lógica da convivência ocorre de maneira inversa do que relatei acima, o que deve prevalecer é a criação de espaços alternativos que permita que o usuário possa fazer escolhas de acordo com sua vontade, e que esse desejo lhe faça sentido e tenha significado.

Sabe-se sobre a importância do cuidador não ficar nessa posição do saber, pois precisa deixar de ser o centro para se concentrar no outro (Resende, 2015), assim possibilitará uma troca de papéis entre o usuário e profissional, que permeia o ensinar e aprender. Assim, acarretará no estreitamento dos laços afetivos, fortalecimento do vínculo e a relação entre

ambos deve ser permeada pelo equilíbrio, onde se tem a consciência de que o usuário também é um cidadão de direitos.

A relação entre profissionais, estagiários, usuários e familiares no grupo deve ocorrer de forma horizontalizada, pois dentro das instituições manicomiais (e existem resquícios até hoje nos serviços dessa forma de atuação), ocorre o que Basaglia (2001) denominou de relações de poder, onde há uma nítida divisão dos que possuem poder e dos que não tem poder. O corpo técnico na maioria das vezes exerce o papel de poder, onde a violência se instaurada através do tecnicismo, sendo priorizada a vontade do profissional. Com a concessão de poder aos técnicos, os usuários passam adaptar-se ao seu procedimento institucional de violência, tendo como tarefa terapêutica adaptar os indivíduos a aceitação da sua condição.

“Após dois meses de funcionamento do grupo de convivência, o usuário ainda eram proibido pelo profissional de entrar na cozinha se não for no dia da oficina Diversão da Cozinha. Nos dias de hoje, os usuários transitam por todos os espaços do CAPS, entram e saem das atividades sem que lhes chamem a atenção ou imponha uma ordem para adequá-los (...)”. “(...) existe uma sala específica para os profissionais aguardarem enquanto não estão em atividades, ou depois delas, o usuário entra nessa sala, e senta-se no sofá ao lado do corpo técnico participando também da conversa (...)”. “Sento-me em uma sala para fazer a evolução dos prontuários após o término do grupo, e sempre vem três a quatro usuários para ficar lá junto comigo” (Diário de Campo, nº 60).

De acordo com o que Lobosque (2003) aponta deve-se sim existir uma sala para que os profissionais tenham um local tranquilo e sossegado para conversar após as atividades, para resolver questões burocráticas com atenção, como fazer relatórios ou preencher prontuários. No entanto, concordo com a autora quando ela diz que a sala deve permanecer com a porta sempre aberta, porque os usuários vão procurar pelos profissionais por diversas razões, como: para saber se pode ir embora, para falar que o remédio está acabando, dentre outras coisas. Essas interrupções constantes também fazem parte do trabalho, e “(...) consiste

justamente em admiti-las, suportá-las e torná-las suportáveis; dar-lhes um limite necessariamente flexível; encontrar jeitos ou motivos para dizer sim ou não, deixar para depois ou atender agora. Nem sempre é fácil (...)” (Lobosque, 2003, p. 23).

Dentro do grupo de convivência, decidimos juntos que iríamos ao supermercado uma vez por mês para comprarmos os ingredientes para a oficina *Diversão na Cozinha*. No primeiro mês em que fomos ao supermercado alguns usuários optaram por não ir, pois não gostavam de fazer compras, essas pessoas ficaram no CAPS com o psicólogo e estagiário, desenvolvendo outra atividade. Na semana anterior, havia conversado com a gerente do serviço sobre o que o grupo estava pretendendo fazer, e pedi sua ajuda para que solicitasse um ônibus para o nosso próximo encontro. Avisei aos usuários que estava marcada a nossa ida ao supermercado no nosso próximo encontro.

Nesse dia ao entrar no CAPS, percebi que alguns usuários estavam ansiosos aguardando por minha chegada. Nota-se que esse foi um dia especial e significativo para aquelas pessoas, pois elas estavam com semblante de felicidade. Um usuário relatou que havia se preparado, tomou banho e vestiu sua melhor roupa. Outra usuária que nunca havia usado calça jeans, nesse dia usou. Outra usuária que não cuidava do seu cabelo há semanas, no dia resolveu lavá-lo e penteá-lo. Foram aproximadamente vinte usuários, e no trajeto de ida, apesar de todos se conhecerem no grupo, não conversavam entre si. A meu ver, pareciam estar apreensivos e ansiosos pela chegada ao mercado.

Esse movimento de ir ao supermercado é o primeiro passo em descrição ao que Vasconcellos (2003) denominou de empoderamento:

Perspectiva de fortalecimento do poder pessoal e coletivo de pessoas e grupos submetidos a longo processo de dor, opressão e/ou discriminação, incluindo desde pessoas portadoras de todos os tipos de doenças crônicas e de deficiências (e seus cuidadores e familiares), até grupos sociais mais amplos submetidos a diferentes processos de opressão (p. 11).

Assim, entende-se a ideia de empoderamento como a elaboração de ações potencializadoras que dará força e autonomia para os usuários, bem como seus familiares (a rede de apoio), para romper com o estigma da loucura como uma doença, visando à defesa de seus direitos. De acordo com suporte ambiental e cultural necessário, se estabelece como uma estratégia para a reinserção na sociedade, mantendo uma vida relativamente ativa (Vasconcellos et al., 2008).

“Chegamos ao mercado, descemos do ônibus e dois usuários já foram pegar o carrinho de compras. Perguntei quem poderia ficar com a lista de compras e outra pessoa seria responsável por anotar o preço dos produtos. Duas usuárias se prontificaram para fazer isso. Entramos no mercado, e os usuários foram se apropriando da atividade, já conversavam entre si sobre o que gostava de comer, cozinhar e também qual seria o produto que compraríamos. Se era o produto da marca mais barata ou de melhor qualidade. Uma usuária relatou que gosta muito de fazer compras com a mãe, de comprar biscoito de chocolate e sugere para que eles façam uma vaquinha para comprar os biscoitos. Outra usuária, nunca havia se comunicado com ninguém durante a atividade, nesse dia ela disse que gosta de comer lasanha. Durante o trajeto de volta, os usuários começam a brincar, cantar e a mexer com as outras pessoas na rua. Quando chegamos ao CAPS, uma usuária me procura para dizer que o passeio foi muito bom, se emociona e começa a chorar, diz gostar muito de fazer compras, mas por causa da doença, sua mãe não a deixa mais ir com ela. Essa cena me tocou bastante, fiquei com sentimento enorme de gratidão pelas pessoas que fazem essa doação em dinheiro” (Diário de Campo, nº 48).

Neste caso relatado acima fica nítido a importância do empoderamento para o campo da saúde mental. Esse deve ser visto como um processo contínuo, sendo construído e obtido aos poucos, não se estabelecendo como propriedade de uma pessoa, que pode conceder a outra. A prática do empoderamento é legitimada por meio do aumento da percepção, na qual se enfatiza o exercício da liberdade em efetuar escolhas e tomar decisões. Necessita-se ser alimentada constantemente para adquirir uma consistência em sua ampliação, com o objetivo

de permitir ter voz, visibilidade, influência e capacidade de ação e decisão (Vasconcellos et al., 2008).

Esse movimento de empoderamento dos usuários e familiares esteve presente em diversas atividades promovidas no CAPS ao longo desse último ano, servindo como uma forma de conquistar recursos para construção de vínculos, e criação de um dispositivo de reintegração social, para àqueles vistos como à margem da sociedade.

“Os profissionais, usuários e familiares participaram da Plenária Popular da Conferência Regional de Saúde, que englobou a região sudoeste. Começamos a trabalhar sobre esse assunto com eles, há três semanas antes da Conferência. Na primeira semana, o nosso encontro ficou marcado para explicarmos aos usuários, familiares e amigos sobre o funcionamento da Conferência e tirar as dúvidas. Na segunda semana, conversamos sobre as propostas de melhoria que os usuários, familiares e amigos gostariam que ocorressem no campo da saúde mental. Surgiram diversas propostas, conversamos sobre os pontos negativos e positivos de cada uma, no entanto, tivemos que fazer uma votação entre eles, pois só poderíamos apresentar no dia da Conferência dez propostas. Dentre elas, algumas eram: para ter uma farmácia dentro do CAPS, para ter mais psiquiatras atendendo, para o serviço funcionar como um CAPS III, para termos mais atividades físicas e de lazer, para que as comunidades conheçam serviço que o CAPS oferece. No terceiro encontro fizemos um painel com as dez propostas mais votadas e colocamos na parede. Diante todo esse trabalho que havíamos realizado antes, no dia da pré Conferência Regional de Saúde, conseguimos um ônibus e fomos com 15 usuários e seus familiares, mais os profissionais. Os usuários estavam bem envolvidos com todo esse movimento, sentiam-se orgulhosos e motivados por ser o único serviço de saúde mental ali presente, lutando pelos seus direitos. Teve a apresentação das propostas no campo da saúde mental, e uma foi aprovada para 9º Conferência de Saúde do Distrito Federal” (Diário de Campo, nº 70).

Essa iniciativa viabilizou a implementação de assembleias bimestrais (o serviço ainda não havia conseguido instituir a assembleia) contando com a presença dos profissionais, usuários e familiares do serviço. Percebe-se que esse movimento foi frutífero, pois adquiriu ganhos em algumas esferas que perpassam pela melhoria do tratamento deles. Como poder escolher e tomar decisões, a valorização para inclusão dos familiares/comunidade no serviço,

e Vasconcellos (2007) afirma “(...) é como um conjunto de estratégias de fortalecimento do poder, da autonomia e da auto-organização dos usuários e familiares de serviços públicos nos planos pessoal, interpessoal, grupal, institucional, e na sociedade em geral” (p.175).

Acredita-se que mesmo quando o usuário está em sofrimento psíquico grave é possível que ele se engaje de alguma forma no tratamento oferecido pelo serviço (pela sua própria aceitação), que nesse caso, se deu por meio do grupo de convivência. Portanto, a convivência faz um convite para pessoa que está em crise, com o objetivo de encontrar uma brecha, um espaço que facilite a entrada do profissional para tentar realizar seu trabalho. Segundo Lobosque (2003) “há sempre uma ângulo, uma ponta, um fio, de onde podemos fazê-lo ouvir, e geralmente aceitar a nosso convite” (p.87). Nesses casos, não se deve manter um apelo de cunho moral com uma postura investigativa, o sujeito em crise vai falando sobre seu sofrimento, conforme for sentindo segurança.

“Entrou uma usuária nova no grupo de convivência no semestre passado, no seu primeiro dia ela não quis participar do grupo e ficou no corredor, estava encostada na parede assustada e chorando bastante. Me aproximei dela para tentar estabelecer o primeiro contato, ela não quis conversar comigo e muito menos participar de alguma atividade. Outro profissional foi tentar se vincular a ela, e também não obteve sucesso, quando chegávamos perto dela, ela se afastava indo para outro lugar. Após algum tempo, ela se aproxima do refeitório (onde está acontecendo as oficinas) e já não estava mais chorando, percebe-se que a mesma apresentava a fisionomia de curiosidade para descobrir o que estava acontecendo ali dentro. Ela entra no refeitório, observa toda a movimentação e vai embora (...)” (Diário de Campo, nº 79).

Sabe-se que em algumas situações, o usuário não vai permitir a aproximação do profissional para cuidar dele naquele momento. Portanto, essa aproximação não acontece de acordo com o desejo do profissional, e varia para cada caso. Entretanto, mais cedo ou mais tarde esse consentimento por parte do usuário acabará ocorrendo, e o nosso trabalho não será

caracterizado por uma intrusão, e sim como uma demanda requerida pelo próprio usuário.

Lobosque (2001) afirma que:

Não se trata de um esforço de convencimento que venha colocar o usuário uma posição de mera aceitação ou conformismo. Apostamos que o sujeito sempre responde, e responde ativamente, quando interpelamos sobre a urgência que o afeta respeitando a lógica própria à sua estrutura (p. 88).

Não se deve instituir a presença do usuário no grupo em caráter obrigatório, o importante é saber que essa participação vai ser peculiar, tornando-se diferente para cada um. O ponto em comum é que essa situação irá colaborar para saída da crise (Lobosque 2001).

“A partir da quarta semana indo ao grupo de convivência, essa usuária aceita participar da oficina *Diversão na Cozinha*, começa a conversar com os outros usuários, fala sobre o que gosta de comer e cozinhar e por aí vai (...). Nesse semestre, essa mesma usuária já realiza escolhas conforme a sua vontade, se impõe quando pedem para ela fazer algo que não gosta. Ela diz abertamente para determinados profissionais que eles não podem comer o lanche dos usuários, sem que eles ainda não tenham comido, que só podem comer aquela fruta se sobrar, após os usuários terem lanchado (...). O caso dela vai mais além, a profissional que coordena o grupo *Tecendo Arte*, entrou de férias e essa usuária passou a ser responsável pelo grupo. Um dia cheguei ao serviço e o CAPS não queria deixá-la coordenar a atividade, aí fui conversar com a equipe sobre essa questão, e uma pessoa em específico estava irredutível em não deixá-la assumir o grupo. Essa pessoa me disse, só vou liberar as agulhas de crochê contanto que você se responsabilize pelo grupo no geral e eu respondi que tudo bem. Mas na verdade quem conduziu o grupo, foi a própria usuária, pois confio mais nela mexendo com as agulhas, do que em mim mesma” (Diário de Campo, n° 95).

A convivência se constitui em uma lógica fraternal, em que os participantes trocam gestos de afetividade, tais como: abraço, sorrisos, preocupação, gentileza, dentre outros. Acredito que a relação entre eles, está cada vez mais fortificada, os nossos encontros são permeados por momentos descontraídos de alegria. Os participantes começam a sentir falta uns dos outros, quando um não comparece ao grupo. O cuidado começa a apresentar-se

“oriundo de todas as direções”, segundo Resende (2015) *“(…) entre os usuários e os cuidadores em ambos os sentidos”* (p.291). Deste modo, faz-me pensar que as pequenas formas de expressar carinho, aproximam uns dos outros e os deixam confortáveis, fazendo bem. Alguns usuários quando vão embora, se despedem do grupo falando *“tchau família”*.

Dentro dessa dinâmica de afetividade, os usuários que possuem mais afinidades uns com outros vão se dividindo em subgrupos, onde se cria possibilidades para o estabelecimento de vínculos promissor entre eles, possibilitando a troca de experiências de vida, bem como a ampliação da rede de apoio social que ultrapassa as barreiras do serviço. *“Um grupo com quatro usuárias se conheceram dentro da oficina e começaram a trocar experiências de vida, dar conselhos, ensinar a fazer crochê, em seguida trocaram número de telefone e passaram a se encontrarem fora do serviço”* (Diário de Campo, nº 120).

A convivência tornou-se um grupo relativamente grande, com aproximadamente oitenta pessoas participando dele. Nesse ano o grupo de convivência passou a ocupar *“todos”* os espaços do serviço (pois antes era somente a cozinha e o refeitório). Gradualmente outras oficinas foram sendo instituídas em subgrupos, tais como: um usuário ensinando a tocar violão, outro a fazer mini jardim, um artesão da comunidade foi ensinar a fazer filtro dos sonhos, uma usuária ensinou a fazer bolsa, outra usuária ensinou a fazer pizza, etc.

A maioria dos usuários está bastante engajada com a forma de funcionamento da atividade e não precisa mais de mediadores para interação com o grupo, salvo aqueles que estão chegando na convivência pela primeira vez.

“Os participantes vão chegando ao grupo, após termos feito as apresentações e passado os informes institucionais, vão se dirigindo para a(s) oficina(s) que gostariam de participar (falo aqui no plural, porque pode ser mais de uma). Um usuário vai atrás dos materiais para jogar pingpong, a outra usuária procura pelos jogos de tabuleiro, o outro usuário pergunta quem gostaria de jogar peteca, a usuária pergunta quando podemos enfeitar o CAPS para o Natal e que dia será nossa festa, outra usuária decide que gostaria de fazer pizza e sugere

em fazer uma “vaquinha” para comprar os ingredientes (que para nossa surpresa, consegue arrecadar do grupo uma quantia boa e compra todos os ingredientes que faltavam) e tem também um grupo de usuários que não querem participar das oficinas propostas no dia, e vão sentar-se no banquinho lá fora para conversar e fumar um cigarro. E tem um usuário que avisa que o outro hoje não está bem. E também tem aquela usuária que reclama que sua amiga faltou ao grupo de novo e me pede para ligar para ela, quer saber o que aconteceu. A equipe demonstra-se receptiva e participativa diante esse processo, oferece a atenção e cuidado necessário, como também deixa ser cuidado. Pergunta se eu preciso de ajuda e ao mesmo tempo sugere ideias novas para compor as oficinas do grupo, trazendo alguns materiais. Nesse dia pensei, está chegando à hora de ir embora (...) “(Diário de Campo, nº 160)”.

Ao invés de se ter um local formalizado para o tratamento, dentro dos parâmetros institucionais, nos foi permitido construir com o grupo de convivência uma movimentação para *estar com* e *fazer junto* solidário. Resende (2015) afirma “ao sermos um coletivo, experimentamos uma forma de conviver, combinando energias contrárias, ambivalentes e não lineares, de modo que a solidariedade não degenere em efeito de poder, desfazendo a capacidade de confronto e a partir do coletivo ajudar (...)” (p. 297).

As características que fazem da convivência um dispositivo de cuidado está permeada pela forma de “*estar com*”, “*fazer junto*” e “*deixar ser*”, rompendo com a lógica institucionalizante disciplinar e assistencialista. Faz-se importante o modo como o cuidador se dispõe afetivamente para conviver com o outro, em uma relação igualitária e sensível a pluralidade humana (Resende, 2015). Pois, acredita-se que através da convivência descobrimos o que faz sentido para cada usuário, por meio de “fazer junto” e “estar com” ao invés de olhar ou mandar, que iremos ter a promoção do empoderamento e reinserção social no campo da saúde mental.

Considerações Finais

Esta monografia teve como tema a convivência como um potencial dispositivo clínico no cuidado em saúde mental e no contexto de um cotidiano de um CAPS. Diante a análise da experiência concreta sobre a convivência no cotidiano do CAPS, e a articulação com os aportes teóricos mencionados até aqui, permitem evidenciar que através do “*estar com, fazer junto e deixar ser*”, as relações entre os usuários e os profissionais cuidadores restam horizontalizadas (Resende, 2015). Acredita-se que essa lógica de serviço deveria ser instituída dentro e fora das oficinas oferecidas pela instituição. Pois, segundo Resende (2015) esse método:

O combate à formalização, permitindo uma flexibilização e uma circularidade dos papéis, culminando na construção de redes solidárias e de relações mútuas de cuidado, marcadas pela afetividade, espontaneidade e a alegria, tornou possível acolher o sofrimento, sem nos furtarmos aos confrontos, desencontros e ambivalências que constituem de todo modo, quem somos (p.383).

Faz-se necessário ressaltar sobre como é importante o papel da convivência para a construção de um novo olhar na área da saúde mental. Olhar esse, que acompanha a visão do novo paradigma psicossocial e possibilita a desconstrução da ideologia de que o cuidado deve estar pautado em uma lógica tutelar de violência, assistencialismo, bem como de preconceito.

O esforço no presente trabalho foi evidenciar o potencial da convivência (tanto na atividade, quanto no grupo e subgrupos nas oficinas), como uma estratégia que objetiva-se trabalhar o cuidado com um novo olhar e uma forma de diferenciada nos serviços substitutivos. A convivência torna-se desafiadora, pois além de ser permeada por momentos harmoniosos, também é marcada por situações conflituosas e de dificuldades.

Assim, Lobosque (2001) esclarece que a convivência também é representada por momentos desagradáveis e de brigas. Contudo, é relevante mencionar que essas situações

conflituosas também fazem parte do conviver com outro, oportunizando ainda mais a reinserção social do usuário.

Faz-se necessário discorrer sobre as minhas dificuldades encontradas no serviço acerca da implementação da atividade e do grupo de convivência. Na atividade de convivência o maior impasse foi em relação a angústia gerada pelo meu sentimento de improdutividade. Nos meus primeiros dias em contato com o campo, teve algumas situações que geraram certo incômodo:

“(…) que ao chegar ao serviço, a princípio não havia nada para fazer, e eu ficava ansiosa e agoniada por ter que esperar sem fazer nada (…)”. “Mas aos poucos, fui percebendo que ao longo do dia, as demandas iam aparecendo gradativamente e que era importante estar disponível nesses espaços informais (...) (Diário de Campo, nº 23)”.

Outra dificuldade encontrada na atividade de convivência foi em saber sustentar o silêncio do outro, diante ao sofrimento psíquico grave. Aqui o “estar com” não atuaria de forma ativa, o simples fato de estar ao lado do sujeito também era importante e fazia a diferença.

“O usuário chegou ao serviço e não queria conversar, perguntei se poderia fazer algo e ele me pediu que ficasse ao seu lado enquanto chorava, e após aproximadamente trinta minutos, levantou-se e me cumprimentou com um aperto de mão e foi embora (...)” (Diário de Campo, nº 54).

A minha maior dificuldade encontrada no grupo de convivência foi a de sustentar a informalidade das oficinas, pois não havia uma estrutura aparentemente a ser seguida e tinha a impressão de que o grupo estava “desorganizado” e isso me trazia certo desconforto por ser tumultuado e não ter ordem para fazer as coisas. Acredito que isso possa ter acontecido devido a formação autoritária e prescritiva dos profissionais de saúde (Resende, 2015). No entanto, sabe-se que essa é uma das características que tornam a convivência potencialmente como um dispositivo de cuidado.

Na medida em que o grupo foi ganhando mais frequentadores, tornou-se trabalhoso cuidar de todas aquelas pessoas e tenho certeza de que algumas delas, não conseguimos cuidar bem. Havia tantas pessoas participando do grupo, que eu não conseguia lembrar-me de seus nomes. E essas situações me trouxeram uma sensação de impotência, de não estar conseguindo ajudar e cuidar de todos.

Entretanto, o aumento da quantidade de participantes no grupo tornou-se importante para vinculação afetiva entre eles o que possibilitou a troca de cuidados nessa interação, bem como a construção de redes solidárias, onde uns aprendem com os outros. Resende (2015) refere-se que “cuidados recíprocos, sustentados em uma confiança mútua, são estimulados, de modo que o cuidador possa saber compartilhar e operar em relações complexas de colaboração” (p. 298).

Assim, reconhece-se a relevância da convivência no CAPS, pois é através do “estar com e fazer junto” que a experiência da loucura torna-se parte legítima da subjetividade do sujeito e refere-se a um instrumento desinstitucionalizante de reinvenção constante.

Diante das reflexões argumentadas neste trabalho, faz-se necessário promover pesquisas pertinentes ao campo da saúde mental em psicologia. Com o objetivo de contribuir para a produção de conhecimentos a fim de dialogar com outras áreas do saber, tais como, ciências jurídicas e médicas, bem como na área da saúde pública. Sugere-se para análises futuras novas pesquisas para combater a desburocratização dos serviços substitutivos.

Referências

- Amarante, P. (1994). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1998). *Loucos pela Vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Benelli, S. J. (2002). *Vigiar e punir no manicômio, na prisão e no seminário católico*. Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP. Revista de Psicologia da UNESP, (1), p. 51-68.
- Brasil, M. S. (2002). *Legislação em Saúde Mental*. 3ª ed. revista e atualizada, Série e. Legislação de Saúde.
- Brasil, M. S. (2004). *Manual de Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial Brasília*. 2004. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>
- Brasil, M. S. (2005). *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Secretaria de Atenção à Saúde DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- Brasil, M. S. (2015). *Rede de Atenção Psicossocial*. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf>>
- Brasil, M. S. (2010). *Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial*.
- Brasil, M. S. (2011). *Gabinete do Ministro, Portaria nº 3.088, de 23 dezembro de 2011*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>

- Brasil, M. S. (2012). *Saúde Mental em Dados - 10*. Brasília.
- Campos, R. O. (2001). Clínica: a palavra negada-sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em debate*, 25(58), 98-111.
- Campo, R. O. & Gama, C. A. P. (2006). *Saúde Mental e saúde coletiva*. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa et al. (Org). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Demo, P. (2005). *Ética multiculturais: sobre convivência humana possível*. Vozes.
- Demo, P. (2006). *Pesquisa e informação qualitativa*. Papirus Editora. 3.
- Dell'Acqua, G. & Mezzina, R. (2005). Resposta à crise. In: Amarante, P. D. C. (Org). Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau, v. 2, p. 53-78.
- Falkembach, E. M. F. (1987). Diário de campo: um instrumento de reflexão. *Contexto Educ (Ijuí)*, 7(2), 19-24.
- Figueiredo, L. C. (2007). *A metapsicologia do cuidado*. Psychê, 11(21), 13-30. Flick, U. (2009). Desenho da pesquisa qualitativa: Coleção Pesquisa qualitativa. Bookman.
- Foucault, M. (1975). *Bancar os Loucos*. In: Foucault, M. *Problematização do Sujeito: psicologia, psiquiatria, psicanálise*. Coleção Ditos e Escritos. 2ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitário 2006.
- Foucault, M. (2005). *A história da uma loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Goffman, E. (2005). *Manicômios, prisões e conventos*. 7 ed. São Paulo.
- Grigolo, T. M. (2010). "O CAPS me deu voz e escuta": *Um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva de trabalhadores e usuários*. (tese de doutorado). Retirado de:
<http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7193/1/2010_TaniaMarisGrigolo.pdf>

Guimarães, A. N., Fogaça, M. M., Borba, L. O., Paes, M. R., Larocca, L. M., Maftum, M. A.

(2010). *O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001)*. *Texto Contexto Enfermagem*, 19(2), 274-82.

Lancetti, A. (2008). *Clínica Peripatética*. 3ª Edição. São Paulo: Hucitec.

Lobosque, A. M. (1997). *Princípios para uma clínica antimanicomial*. São Paulo: Hucitec.

Lobosque, A. M. (2001). *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.

Lobosque, A. M. (2003). *Clínica em Movimento: Por uma Sociedade sem Manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond.

Mateus, M. D. (2013). *Políticas de saúde mental baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira*. São Paulo: Instituto de Saúde.

Ornellas, C. P. (1997). *O paciente excluído*. Editora: Renavan.

Pacheco, J. G. (2011). *Representações sociais da loucura e práticas sociais: o desafio cotidiano da desinstitucionalização*. (Tese de Doutorado não publicada). Retirado de: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/10194/1/2011_JulianaGarciaPacheco.pdf

Patriota, L. M. (2011). *Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e Formação Profissional*. Trabalho apresentado na V Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luis do Maranhão.

Pelbart, P. P., & Lancetti, A. (1990). Manicômio mental: a outra face da clausura. *Saúde e loucura*, 2, 130-8.

Resende, T. I. M. (2011). *A convivência como dispositivo clínico e político no contexto da assistência em saúde mental no Brasil*. Projeto de Pesquisa (Doutorado). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura.

- Resende, T. I. M. (2015). *Eis-me aqui: A convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental*. Tese de Doutorado em Psicologia. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Clínica e Cultura.
- Ribeiro, S. L. (2004). *A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo*. Psicologia Ciência e Profissão, 24 (3), 92-99.
- Rinaldi, D. L., & Bursztyn, D. C. (2008). O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 32-39.
- Rotelli, F. (1989). Superando o manicômio; o circuito psiquiátrico de Trieste. In *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Fiocruz.
- OMS. (2010). *Integração a saúde mental nos cuidados de saúde primários uma perspectiva global*. Disponível em:
http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf
- Sidrim, M. I. C. (2010). *As representações sociais da reabilitação psicossocial: um estudo sobre os CAPS*. Juruá.
- Tacca, M. C. V. R. (2004). Além de professor e de aluno: a alteridade nos processos de aprendizagem e desenvolvimento. *O outro no desenvolvimento humano: diálogos para a pesquisa e a prática profissional em Psicologia*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Teixeira, R. M. (1998). *Um novo olhar sobre a loucura*. Metipolá. Revista do Cersam Leste, Centro de Referência em Saúde Mental da Região Leste de Belo Horizonte, 47-48.
- Tenório, F. (2001). *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, 9(1), 25-59.

Vasconcelos, E. M. (2003). O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. *São Paulo: Paulus*, 20-54.

Vasconcelos, E. M. (2007). Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. *Vivência*, 32, 173-206.

Vasconcelos, E. M., Klein, A., Freitas, C. D., & Fonseca, M. L. (2008). Abordagens psicossociais: v. II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. In *Saúde Loucura* (Vol. 25). Hucitec.